

# 同意書

小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の支給を受けるにあたり認定に必要な、私の世帯の住民基本台帳、課税状況、生活保護の受給状況、中国残留邦人等支援給付の給付状況を閲覧することに同意します。また、私の医療保険上の所得区分に関する情報について、必要があるときは、下記の事項についても同意します。

## 記

- ① 八王子市が私の加入する医療保険者に報告を求めること。
- ② 八王子市が私の市町村民税課税(非課税)証明書を請求すること。  
ただし、医療保険者に提出する必要がある場合に限る。

年 月 日

八王子市長 殿

対象児童住所

対象児童氏名

印

(自署の場合は押印不要)

同意者住所

同意者氏名

印

(対象児童との続柄： )

(自署の場合は押印不要)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--