

同意書

太宰府市福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

私は、自立支援医療費の支給認定のために必要があるときは、全国健康保険協会、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署、日本年金機構等に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額・年金受給額等の必要な情報を照会することに同意します。また、個人番号を利用し、当該年度の市町村民税額・年金受給額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者) ※受診者

住 所： _____

氏 名： _____

(世帯員の名簿) ※受診者と同一の保険に加入している方全員

住 所： _____

氏 名： _____

個人番号： _____

住 所： _____

氏 名： _____

個人番号： _____

住 所： _____

氏 名： _____

個人番号： _____