

同 意 書

(宛先) 旭川市長

私は、_____の小児慢性特定疾病医療費の支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市担当職員が私の収入状況につき市民税課税台帳、生活保護受給者台帳、年金受給状況、特別児童扶養手当等受給状況又は健康保険の加入状況につき、保険資格関係公簿、並びに必要な応じて他の関係公簿を閲覧することに同意します。

平成 年 月 日

同意世帯員【同一健康保険加入世帯員】

No	フリガナ 氏 名	生年月日	続柄	住 所
1	印	大正・昭和・平成 ・		
2	印	大正・昭和・平成 ・		
3	印	大正・昭和・平成 ・		
4	印	大正・昭和・平成 ・		
5	印	大正・昭和・平成 ・		

この同意書に記入していただく方は、受診者の加入している医療保険の種類により、以下のとおりとなります。

- 健康保険・共済組合の場合→被保険者（組合員）。ただし市民税非課税の場合は、保護者
 - 国民健康保険の場合→加入者全員
- ※ 印はそれぞれ別のものを押印してください。（未成年者は押印省略可）

※ 市記入欄

平成	年度	市民税所得割額	市民税均等割額	合計所得金額	年金・手当等収入額	合計収入額
1						
2						
3						
4						
5						
計						

所得区分	生 保 ・ 低 I ・ 低 II ・ 一 般 I ・ 一 般 II ・ 上 位
------	---

確認者 _____ 印