指定難病事務に必要な情報確認等にかかる同意書

千葉県指定難病医療費助成制度及び千葉県指定難病要支援者証明事業に係る認定事務に必要な私の世帯に該当する下記の情報について、千葉県及び船橋市の指定難病医療費助成制度担当課が、船橋市の住民票情報担当課、税務担当課及び生活保護担当課から提供を受けることに同意します。船橋市の税務担当課に市民税の課税／非課税証明書に係る情報がない場合には、市区町村民税の課税／非課税証明書に係る情報について、他の市区町村に対して個人情報（マイナンバー）による照会を行うことに同意します。

・住民登録情報（住民票と同等の情報）

・市民税の課税情報（課税／非課税証明書と同等の情報）

・生活保護の受給の有無に係る情報

※千葉県指定難病要支援者証明事業については住民登録情報のみ

また、私とその家族への必要な支援を行うため、当課で把握した情報を保健センター等と共有することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

船橋市長　あて

【申請者（受診者）】

　住所　船橋市

氏名