C

同　意　書

小児慢性特定疾病医療費及び小児指定疾病医療費の給付を受けるにあたり、今後、認定事務に必要な私の世帯の住民票、税額、健康保険加入・納付状況、生活保護関係情報、収入等の調査、個人番号による照会、及び私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、船橋市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。また、船橋市が私の加入する医療保険者に報告する際に添付する課税（非課税）証明書等が必要となる場合は船橋市が当市税務課または他市区町村の税担当者へ依頼することに同意します。

なお、小慢児童及びその家族が地域の中で安心して暮らすことができるように、療養生活に必要な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

【受診者】

住所　船橋市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【被保険者（保護者）】（受診者との続柄＿＿＿＿）

住所　船橋市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※受診者と同住所の場合は、同上とご記入ください。

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿