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、

1. 認定事務に必要となる世帯の住民票、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を行うこと
2. 申請の際、個人番号の確認ができなった場合に、船橋市が認定事務に必要となる個人番号を調べること
3. 医療保険上の所得区分に関する情報について、船橋市が加入する医療保険者に報告を求めること
4. 上記３による手続きにおいて課税（非課税）証明書等の添付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
5. 私とその家族が必要な支援を受けるため、保健総務課で把握した情報を保健センター等と共有すること

上記５点の内容について同意します。

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿