住民基本台帳及び市・県民税課税状況等の確認同意書

（宛先）新潟市長

年　　月　　日

私は，特定医療費（指定難病）の支給認定申請のために必要があるときは，新潟市職員が，私及び本同意書に記載した者の住民基本台帳及び市・県民税関係公簿，生活保護受給者台帳を閲覧または資料の提供を求め，必要の際は，医療保険者に情報照会および情報提供することについて同意します。

また，生活保護受給者台帳について閲覧の結果，必要があるときは，認定結果を関係機関へ情報提供することに同意します。

なお，以上の内容については，本同意書に記載した者の承諾を得ています。

申請者（患者）　住所　新潟市　　区

氏名

保護者氏名　　（患者との続柄　　）

※申請者が 18 歳未満の場合，保護者の記名が必要です。

下記のとおり，患者及び患者と同じ医療保険に加入されている方について，記入欄に必要事項を記載ください。

新潟市国民健康保険・国民健康保険組合に加入…加入者全員

被用者保険・共済組合に加入…被保険者と患者

後期高齢者医療に加入…患者及び患者と同一住所で後期高齢者医療に加入する者

【記入欄】

氏名	生年月日	続柄	住所
		本人	□申請者住所に同じ
			□申請者住所に同じ
			□申請者住所に同じ
			□申請者住所に同じ
			□申請者住所に同じ
			□申請者住所に同じ