

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、保険者照会に必要な際は、医療保険者に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 住所 新潟市 区

(患者)

氏名 _____ (印)

※記名押印又は自筆による署名。

保護者氏名 _____ (印) (患者との続柄 _____)

※申請者が18歳未満の場合、保護者の記名押印又は自筆による署名が必要です。

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	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

※住所が新潟市外の場合や、対象年度の1月1日現在新潟市に住民票が無かった場合などは、同意書での対応が出来ない場合があります。