

同意書

(宛先) 新潟市長

年 月 日

小児慢性特定疾病医療費助成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、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調査、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。

【記入が必要な方について】

- ① 児童本人及び申請者（必ず記載）
- ② 被用者保険・共済組合に加入の場合…被保険者と児童
- ③ 新潟市国民健康保険・国民健康保険組合に加入の場合…加入者全員

氏名	生年月日	続柄	住所
印		本人 (患者)	新潟市
印			<input type="checkbox"/> 同上
印			<input type="checkbox"/> 同上
印			<input type="checkbox"/> 同上
印			<input type="checkbox"/> 同上
印			<input type="checkbox"/> 同上

※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。

認定の結果等を受診される医療機関に通知することをご了解ください