

同 意 書

年 月 日

長泉町長 様

住所
申請者

氏名 印

(手帳所持者 (18 歳未満の場合は保護者))

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

私は、重度障害者（児）医療費助成制度の支給を受けるにあたり、以下の事項について確認したうえで、同意します。

記

- 1 受給資格の確認のため必要があるときは、受給者の個人番号、加入医療保険状況、受給者及び受給者の世帯員の所得状況（所得額・扶養者数・申告の有無等）について、長泉町長が関係機関に照会し、調査する。
- 2 長泉町長は受給者が受けるその他の医療費に対する助成について、その助成額を調査することができる。
- 3 長泉町長は受給者が受領するその他の医療費に対する助成について、代理受領をすることができる。
- 4 長泉町長が受給者の受けるその他の医療費に対する助成について情報を求めた場合、受給者は内容について提示する。

世帯状況調査書

世帯の状況		
続 柄	氏 名	生年月日
本人 (手帳所持者)		

<記入上の留意事項>

1. 「続柄」の欄には、本人からみた続柄を記入してください。
2. 住民票上、世帯分離をしている場合であっても、同一住所で生活している世帯員全員を記入してください。同一住所地で生活している場合については、原則として同一世帯となります。
ただし、建物が別棟であって、公共料金等についても全て別となっている場合については、別世帯として考えます。