

(裏)

受給者番号	
-------	--

同 意 書

私は、重度心身障害者医療費の支給に係る事務に使用するため、以下のことについて同意します。(被保険者等は3についてののみ)

- 1 上尾市及び他の市区町村が保有する住民基本台帳の情報を、上尾市が確認すること
- 2 上尾市及び他の市区町村が保有する課税台帳の情報を、上尾市が確認すること
- 3 医療保険及び医療費（高額療養費・附加給付金等）の情報を、上尾市が医療保険者に照会すること

(宛先)

上尾市長

年 月 日

住所 上尾市

被保険者等（自署の場合は押印を省略できます）

氏名 _____ (印)

受給資格者（自署の場合は押印を省略できます）

氏名 _____ (印)