

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及び4について）

- 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
- 4 上尾市国民健康保険又は埼玉県後期高齢者医療広域連合の加入者にあつては、保険者から支給される高額療養費・高額介護合算療養費等を上尾市が受領すること

(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 \_\_\_\_\_ ⑩

受給者（自署の場合は押印を省略できます）

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩