

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、鳥取市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

※なお、この同意書は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の給付を受ける期間において、効力を有します。

※交付申請時に、市町村民税が非課税であることを証明する書類等の保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を鳥取市に提出している場合は、裏面を記入してください。

令和6年6月3日

鳥取市長 様

住所 〒 680-0845
鳥取市富安二丁目138-4

(ふりがな) とっとり はなこ
氏名 (患者) 鳥取 花子

法定代理人

住所 〒 680-0845
鳥取市富安二丁目138-4

(ふりがな) とっとり たろう
氏名 (被保険者) 鳥取 太郎

(本人との続柄: 父)



(自署の場合は押印不要)

自署の場合は押印不要。
認印で可。
同じ印鑑でも可。



(自署の場合は押印不要)

小児慢性特定疾病医療費助成の交付申請時に、私が鳥取市に提出している市町村民税が非課税であることを証明する書類等の保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類について、必要がある場合は、その写しを鳥取市が私の加入する医療保険者に提供することについて同意します。

被保険者（対象患者の加入する医療保険の被保険者）※

住 所 〒 680-0845

鳥取市富安二丁目138-4

(ふりがな)

とっとり たろう

氏 名

(被保険者または世帯主) 鳥取 太郎

印

※ 医療保険が国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険については世帯主、市町村国民健康保険以外の国民健康保険組合については組合員を、被保険者としてお書きください。この場合、当該被保険者加入国民健康保険の世帯全員の同意があったものとみなします。

※国民健康保険組合の方、
市町村民税が非課税の方は必ず記入ください。