

同 意 書

相模原市長 あて

令和 年 月 日

私（申請者）及び世帯員（以下「私達」という。）は、自立支援医療費の支給認定に必要がある時は、私達の下記の個人情報の取扱いについて、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

1 同意する事項

- (1) 私達の市民税の課税状況について照会すること
- (2) 私達の年金・手当、公的扶助の受給状況について照会すること
- (3) 私達の国民健康保険又は後期高齢者医療への加入状況について照会すること

2 個人情報を取り扱う期間 申請の日から支給決定の日まで

申請者：住所 相模原市 区

() 氏名

申請者家族：住所 同上

() 氏名

申請者家族：住所 同上

() 氏名

申請者家族：住所 同上

() 氏名

申請者家族：住所 同上

() 氏名

※ 受診者が18歳未満の場合は、申請者は保護者

※ () : 本人から見た続柄を記入

相模原市使用欄							年少()	其他()
非課税 年金 有・無								
課税 扶養 有・無								
非課税 課税								
扶養 有・無								
非課税 課税								
扶養 有・無								
非課税 課税								
扶養 有・無								
非課税 課税								
扶養 有・無								
計								
生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上								