同意書

（宛先）大津市長

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定及び医療費支給を受けるにあたり、以下のことに同意します。

・大津市が、自己負担上限月額の決定及び高額療養費区分の決定のため、私の同一世帯内の【市民税課税状況・生活保護受給状況】（注 1）の確認及び証明書の交付を受けること

・大津市が、医療保険上の適用区分に関する情報について、私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供すること

令和　　年　　月　　日

（申請者）

住所

氏名

（受診者本人との続柄：　　）

注 1　不要な文字は、二重線で抹消してください。