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】の確認及び証明書の交付を受けること

・大津市が、私の加入する医療保険者に医療保険上の適用区分に関する情報について報告を求めること

令和　　年　　月　　日

（保険証被保険者の方）

住所

氏名

（受給者本人との続柄：　　）

注１　賦課期日（令和５年１月１日）に大津市在住でない場合は、市民税課税状況の確認は行えません。

注２　不要の文字は、抹消してください。