

様式第3（第5条関係）

養育医療に関する同意書

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

（受給者氏名）

（住所）稲沢市

（申請者氏名） _____ 印

（世帯員） _____ 印

（世帯員） _____ 印

（世帯員） _____ 印

（世帯員） _____ 印

（世帯員） _____ 印

1 医療給付の審査のために必要な要件を確認するため、次の書類を閲覧及び取得することについて同意します。

- (1) 住民基本台帳
- (2) 戸籍
- (3) 前年所得の状況（1月から6月の申請にあつては、前々年）
- (4) 個人番号
- (5) 児童福祉法及び母子保健法に基づく事務手続を処理するための地方税関係情報

2 高額療養費の支給に関する調査を行うことについて同意します。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。