

同意書

年 月 日

自立支援医療費（育成医療）の支給のために必要があるときは、新潟市職員が住民基本台帳及び市・県民税関係公簿、生活保護受給者台帳等その他必要な情報について、調査・閲覧または資料の提供を求めることに同意します。

認定の可否を指定自立支援医療機関等に通知することに同意します。

また、転入・転出者については、各自治体に審査に必要な範囲で認定書類の照会・回答をすることに同意します。

なお、以上の内容については、本同意書に記載した者の承諾を得ています。

☆住民登録上で同一世帯の方全員のお名前を記入してください。

氏 名	続 柄	個人番号	住 所
	本人 (受診者)		新潟市
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上
			同 上

※ この同意により、自己負担上限額を決定するために必要な方の市民税の課税状況を確認させていただきますが、年金や手当などの収入金額について分かる書類が必要になる場合もあります。