

# 同 意 書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、

- ① 所得区分認定のために下記事項について、長与町長が調査することに同意します。
  - ・所得課税状況に関すること
  - ・住民基本台帳に関すること
  - ・国民健康保険及び後期高齢者医療制度に関すること
- ② 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、個人番号を利用することに同意します。
- ③ 自立支援医療事務を円滑に行うため、決定内容を指定医療機関に通知することについて同意します。

平成 年 月 日

長与町長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申請者と医療保険を同一にする者	※住所は同上でも可	(申請者との関係)
住 所		( )
氏 名	印	( )
住 所		( )
氏 名	印	( )
住 所		( )
氏 名	印	( )
住 所		( )
氏 名	印	( )

<p>町確認欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人提出の場合</li> <li><input type="checkbox"/> 番号確認</li> <li><input type="checkbox"/> 身元確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・代理人提出の場合</li> <li><input type="checkbox"/> 代理人の身元確認</li> <li><input type="checkbox"/> 代理権の確認</li> <li><input type="checkbox"/> 本人の番号確認</li> </ul>
--	---