

同 意 書

始良市重度心身障害者医療費助成制度における医療費の助成にあたり、担当職員が、私及び扶養義務者の住民情報、住民税情報、保険給付の支給情報等を公簿等により確認することに同意します。

また、重度心身障害者医療費の助成を受けるために必要な下記の助成対象者の受診に関する情報を、医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会に送付することに同意します。

※扶養義務者が変更になった場合は、再度同意書の提出が必要となります。

※同意書の提出がないまま扶養義務者が変更となっていた場合、既に支給している医療費の返還を求める場合があります。

年 月 日

助成対象者	_____ 印
個人番号	_____
住 所	_____
電話番号	_____

扶 養 義 務 者 (※)	_____ 印
助成対象者との続柄 (※)	_____
個 人 番 号 (※)	_____
住 所 (※)	_____
電 話 番 号 (※)	_____

※ 助成対象者を民法上扶養している方（扶養義務者）がいない場合は、記入は不要です。