

同意書

知立市長 様

知立市子ども医療費支給条例、知立市障害者医療費支給条例、知立市母子家庭等医療費支給条例、知立市精神障害者医療費支給条例、知立市後期高齢者福祉医療費給付要綱及び知立市母子保健法施行細則の規定に基づく、福祉医療費助成の給付事務を実施するため、必要となる私及び私の属する世帯員の下記情報について取得することに同意します。

記

【子ども医療】

住基情報、地方税の課税状況等、加入する健康保険情報、医療機関から提供される診療明細情報、手帳情報（身体、療育、精神）・自立支援医療（精神通院）の受給状況及び生活保護関連情報

【障害者医療】

住基情報、地方税の課税状況等、加入する健康保険情報、医療機関から提供される診療明細情報、手帳情報（身体、療育、精神）・自立支援医療（精神通院）の受給状況及び生活保護関連情報

【母子家庭等医療】

住基情報、地方税の課税状況等（マイナンバー制度による情報連携を含む）、加入する健康保険情報、医療機関から提供される診療明細情報、児童扶養手当・市遺児手当・手帳情報（身体、療育、精神）・自立支援医療（精神通院）の受給状況及び生活保護関連情報

【精神障害者医療】

住基情報、地方税の課税状況等、加入する健康保険情報、医療機関から提供される診療明細情報、手帳情報（身体、療育、精神）・自立支援医療（精神通院）の受給状況及び生活保護関連情報

【後期高齢者福祉医療】

住基情報、地方税の課税状況等（マイナンバー制度による情報連携を含む）、医療機関から提供される診療明細情報、介護保険情報、ひとり暮らし実態調査情報、手帳情報（身体、療育、精神）・自立支援医療（精神通院）の受給及び状況生活保護関連情報

【養育医療】

住基情報、地方税の課税状況等（マイナンバー制度による情報連携を含む）、医療機関から提供される診療明細情報及び生活保護関連情報

令和 年 月 日

住 所： 知立市

受給者と同じ 受給者との関係

受給者氏名： 記入者氏名： ()

※子ども医療の場合は保護者の氏名とする。