

同意書

児童福祉法第19条の2に基づく小児慢性特定疾病の支給認定にかかる自己負担額等の決定のために必要な下記事項について、その情報を確認または照会することに同意します。

記

1. 世帯確認のための住民基本台帳の閲覧
2. 自己負担区分判定のための課税台帳の閲覧及び市町村民税所得課税証明書の公用取得
3. 高額療養費適用区分及び世帯員確認のための国民健康保険台帳の閲覧

那覇市長 宛

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印※

代理人 _____ 印※

(※自筆の場合省略可)