

## 同意書

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、その認定業務に必要な範囲で、和歌山県が保有する下記の受診者及び受診者の世帯員に係る住民基本情報、所得、課税、国民健康保険の加入状況、生活保護の受給状況及び特定医療費（指定難病）の受給状況について、閲覧又は調査すること、及び個人番号を使用し地方税関係情報、医療保険の資格情報について取得することに同意します。

また、医療保険の所得区分の認定のため、必要な時期に、被用者保険における低所得区分に該当すると思われる方については、非課税者であることの確認を行い、保険者にその旨を通知することに同意します。

なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

年 月 日

和歌山県知事 様

(受診者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 ( )

(被保険者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 受診者との続柄 ( )