

同意書

私は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 37 条第 1 項及び第 42 条第 1 項の規定による医療費の公費負担申請にあたり、自己負担月額決定のため、和歌山市が患者本人及び患者の属する世帯員の構成状況、所得、市町村民税等の課税情報を閲覧または照会することに同意します。また、世帯外扶養義務者にかかる所得、市町村民税等の課税情報を閲覧または照会することに併せて同意します。

なお、上記事務処理に限って同意することを申し添えます。

令和 年 月 日

和歌山市長 様

【患者本人】

所在地(住所) 和歌山市 _____

氏 名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

(住民票登録地が上記の所在地 (住所) でない場合)

住民票登録地の住所 : _____

(令和 3 年 1 月 1 日の住民票登録地が上記のいずれでもない場合)

令和 3 年 1 月 1 日の住民票登録地 : _____

【申請者】 *患者本人と同じ場合は、記載せず下記□にチェックしてください。

所在地(住所) 和歌山市 _____

氏 名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()

患者本人と同じ

裏面もご覧ください。

【患者ご本人様と住民票が同じ世帯の方全員と世帯外扶養義務者をご記入ください。】

住所 (和歌山市) _____

氏名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()

住所 (和歌山市) _____

氏名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()

住所 (和歌山市) _____

氏名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()

住所 (和歌山市) _____

氏名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()

住所 (和歌山市) _____

氏名 _____ (印)
(自署又は、記名押印)

患者との続柄 ()