

調査同意書

令和 年 月 日

中央市長 殿

障害者自立支援法の規定に基づく自立支援医療の支給認定のために必要となる次の者の所得・課税状況、住民基本台帳、国民健康保険加入状況の情報について、中央市が調査又は利用することに同意します。

(受診者)

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

(受診者と同一の医療保険に属する者)

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

【再認定で治療内容と症状に変更がない場合】

治療方針と病状に係る申立

- 現在所持している受給者証と今の病状を比較して変化がない
- 治療方針について変更がない

以上のとおり相違ないことを申し立てます。

年 月 日 氏名 _____

以下、窓口確認欄

- | | | | |
|------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 人工透析療法 | <input type="checkbox"/> 血液透析 | <input type="checkbox"/> 腹膜透析 | |
| 臓器移植後抗免疫療法 | <input type="checkbox"/> じん移植 | <input type="checkbox"/> 肝臓移植 | <input type="checkbox"/> その他移植 () |
| その他治療法 | <input type="checkbox"/> 抗H I V療法 | <input type="checkbox"/> 免疫調整療法 | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養療法 |