

# 同意書

次の助成金受給者に対する重度心身障害者医療費助成金の算定のため、私が加入する健康保険の保険者である（\_\_\_\_\_）に対して、私の世帯の加入者全員の保険給付額及び所得区分について照会し、情報の提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

中央市長 殿

[被保険者本人の方]

被保険者証の記号番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

[重度心身障害者医療費助成金の受給者]

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_