所得等調査同意書

令和　 　 年　　 月　　 日

（あて先）金沢市長

**障害者医療費助成資格**の確認に必要な医療費の助成資格の認定に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

金沢市心身障害者医療費助成制度の受給資格者であることに関する情報を、加入する医療保険の保険者に提供することに同意します。

助成にあたり、金沢市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者との間で負担相当額について調整を行うことに同意します。

対　象　者（申　請　者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

　配　偶　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

扶養義務者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

　　　※扶養義務者とは

・同居の親・子・兄弟姉妹で世帯主または最多収入者

　　　　・別居の親・子・兄弟姉妹で生活費等の送金を行い受給者の生計を維持している方

整理番号