

## 所得区分及び自己負担額認定のための調査についての同意書

小児慢性特定疾病医療費に係る医療の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、金沢市が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該情報が金沢市に開示されることに同意します。

また、自己負担額の認定のために必要があるときは、金沢市が住民登録及び税に関する調査について実施することに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

申請（届出）者  
(保護者又は成年患者)

住 所

氏 名

\_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印)

受診者

住所は、申請（届出）者と異なる場合に記入してください。

住 所

氏 名

\_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印)

申請（届出）者と受診者以外の世帯員

住所は、受診者と異なる場合に記入してください。

住 所

氏 名

\_\_\_\_\_  
(署名又は記名押印)

所得区分及び自己負担額認定のための調査についての同意書

小児慢性特定疾病医療費に係る医療の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、金沢市が私の加入する医療保険者に報告を求め、当該情報が金沢市に開示されることに同意します。

また、自己負担額の認定のために必要があるときは、金沢市が住民登録及び税に関する調査について実施することに同意します。

令和 4 年 7 月 1 日

(宛先) 金沢市長

「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書」と同じ申請者、「小児慢性特定疾病医療費受給者証等記載事項変更届出書」と同じ届出者を記入してください

申請（届出）者  
(保護者又は成年患者)

住 所 金沢市西念3丁目4番25号

氏 名 金沢 一郎

(署名又は記名押印)

申請（届出）者と同じ住所の場合は、住所の記入不要です

受診者

住所は、申請（届出）者と異なる場合に記入してください。

住 所

氏 名 金沢 太郎

(署名又は記名押印)

16歳未満の方の記入は、不要です

申請（届出）者と受診者以外の世帯員  
住所は、受診者と異なる場合に記入してください。

住 所

氏 名 金沢 花子

(署名又は記名押印)

受診者と同じ住所の方は、住所の記入不要です

住 所

氏 名

(署名又は記名押印)

住 所

氏 名

(署名又は記名押印)

住 所

氏 名

(署名又は記名押印)