

同意書

珠洲市長

珠洲市心身障害者医療費の助成に関する条例に基づき、受給資格の認定及び更新時に必要な次の情報について、関係機関に対して調査されることに同意します。

- ・私の医療保険資格情報
- ・私及び私の世帯員、又は扶養義務者の所得等

令和 年 月 日

住所

氏名

(未成年の場合は保護者連名)

個人番号

(未成年の場合は保護者の番号も記載)