

## 同 意 書

(宛先) 松 山 市 長

小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けるための資格等の調査において、松山市長又はその指定する者が必要な範囲内で、私と私の世帯の構成員に関する住民基本台帳、課税資料等の個人情報、障害年金・特別児童扶養手当等の受給状況を確認することに同意します。

また、松山市以外の自治体と受診医療機関に対して、この申請に係る情報の照会・提供を行うことに同意します。

令和 年 月 日

住 所 .....

(申請者) 氏 名 .....

(世帯員) 氏 名 .....

※世帯員とは申請者と世帯を同じくし、義務教育を修了した者。ただし、加入医療保険が国民健康保険・国民健康保険組合の場合は同一医療保険加入者、それ以外の医療保険の場合は被保険者及び対象児について、世帯を異にしても氏名・住所を記入。