

同意書

年 月 日

館山市長 様

館山市心身障害者医療費の助成にあたり、以下のことに同意いたします。

1. 診療報酬明細書を確認すること。
2. 住民基本台帳を確認すること。
3. 健康保険加入状況を確認すること。
4. 住民税課税状況を確認すること。
5. 保険者が保有する申請者の情報を確認すること、また、保険者に申請者の情報を提供すること。
6. 市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が代わって保険者に請求し、高額療養費を受領すること、また、高額療養費について市が過払となっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を市へ支払うこと。

住 所 館山市 _____

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

- * 障害者本人を含む世帯全員分の記載・押印をお願いします。
- * 社会保険等で、別世帯で障害者を扶養している方がいる場合、扶養している方の記載・押印をお願いします。
- * 同意できない項目については、2本線で消してください。この場合は、証明書等を提出してください。
- * 世帯構成が変わった際は、再度、同意書の提出をお願いします。