



同 意 書

私、私と生計を同一にする者及び私が加入する健康保険の被保険者は、私が福祉医療費を受ける期間において福祉医療費受給に関する下記の事項について市長が調査することに同意します。

- ① 所得に関すること・・・総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期譲渡所得金額、短期譲渡所得金額、先物取引に係る雑所得等の金額、条約適用利子等の額、条約適用配当等の額、雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額、社会保険料控除額、配偶者特別控除額、障害者控除額、特別障害者控除額、寡婦（夫）控除額、勤労学生控除額、地方税法附則第6条第1項による免除額、控除対象配偶者の有無及び扶養親族の数、老人控除対象配偶者の有無及び老人扶養親族の数、市町村民税課税の有無
- ② 福祉医療費に関すること・・・乳幼児・小中学生福祉医療費、母子及び父子福祉医療費の受給資格情報及び受給情報

年 月 日

佐世保市長 様

申請者(受給者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

受給者番号 _____ 個人番号 _____

申請者と生計を同一にする者及び被保険者（申請者との関係）	個人番号
印 ()	
印 ()	
印 ()	
印 ()	
印 ()	
印 ()	
印 ()	

※ 以後生計を同一にする者及び被保険者に異動があつたときは、別途同意書を提出する。

なお、佐世保市福祉医療費に関する事務は、特定個人情報利用事務として個人番号を利用し、実施機関内部及び他地方公共団体から住民基本台帳の記載事項情報、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の資格・高額療養費支給・高額介護合算療養費支給情報、生活保護受給資格情報、身体障害者手帳情報を取得することができます。

本人確認 (個カ パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他())
 代理人確認 (個カ パ 免 障 療育 精神 受証 保 その他())