## 同 意 書

障害者自立支援医療費 (精神通院医療) 受給資格証 (更新) 交付申請及び精神障害者医療費助成金 (精神通院) の支給を受けるにあたり、以下のことを確認し、同意します。

- 1 本受給資格申請の審査を受けるために、下記対象者の所得情報等を閲覧・使用(他の自治体への照会を含む)すること。
- 2 療養の給付にかかる一部負担金について高額療養費の支給を受けることができる場合にかかる以下の内容。
  - ① 被保険者証及び本医療費受給資格証について、医療機関が写しを徴すること。
  - ② 当概療養にかかる診療明細等について、医療機関が写しを徴すること。
  - ③ 上記①②について、医療機関等が町長に提出すること。
- 3 本助成金の支給について、すでに受給した助成金の差額に関する相殺を受けること。
- 4 その他、事務上、町長が必要と認めること。

## 磯城郡川西町長 様

年 月 日 申請者住所 磯城郡川西町大字

氏名

①申請者	住所	磯城郡川西町大字
	氏名	
	個人番号	
② ①と同居または生計維持関係があるとみなされる(※)扶養義務者	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	
	氏名	
	個人番号	