

記入例

同意書

福井市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱第6、第9及び第10に基づく申請等にあたり、支給認定上必要な住民記録情報や市民税情報について、福井市が閲覧することに同意します。なお、以上の内容については、別紙に記載された者の承諾を得ています。

令和8年 6月 〇〇日

福井市長 様

- 申請者の氏名をご記入ください。
- 18歳以上の成人患者は本人の氏名をご記入ください。

申請者 住所 福井市西木田2丁目8-8

氏名 福井 花子

(1) 同意する場合、次の方の「住民票」及び「市民税・県民税（所得・課税）証明書」の提出が省略されます。

- ① 住民票：申請時に福井市に住民票がある方
- ② 市民税・県民税（所得・課税）証明書：福井市において所得の状況等が確認できる方

(2) 高額療養費の所得区分の確認のため、(1) について省略できない場合があります。

別 紙

ふりがな 氏 名	生年月日	受診者との 続柄	住所 (申請者と異なる場合)	備考
福井 花子	昭和 58 年 3 月 3 日	母		
福井 一郎	昭和 25 年 1 月 1 日	本人		
福井 次郎	平成 27 年 10 月 10 日	弟		

○ 住民票上の世帯員全員をご記入ください。
 ○ 国民健康保険組合加入の方で、別世帯に同じ記号番号の方がいる場合は、その方もご記入ください。