

感染症患者医療費公費負担申請に係る（同意書）

感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条または20条に基づく入院に係る患者の自己負担額を決定するために、必要書類として「患者の世帯全員分の住民票」及び「患者の世帯全員分の所得税納税証明書等(市町村民税の所得割額の記載が有る書類)」の提出が必要となっております。

個人番号を利用して、地方税関係情報について、住所地管轄保健所が取得することに同意していただければ、個人番号付きの世帯全員分の住民票のみ提出していただければ、保健所で確認することも可能です。

【同意書】

私は、感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条または20条に基づく入院に係る患者の自己負担額を決定するための事務手続を処理するために限って、個人番号を利用して地方税関係情報について、住所地の管轄保健所が取得することに同意します。

(下記1、2のどちらかを選択)

1. 同意する
(保健所へ、必要書類の取得を依頼する。)

2. 同意しない
(自分で、必要書類を揃えて、保健所へ提出する。)

※注) 1、2どちらの場合でも、個人番号の提示は必要となっております。

(1. に○を付けた場合は、世帯員全員の同意が必要となりますので、裏面の世帯員記載欄に世帯員の方の署名等をしてください)

(申請者(患者))

住所 _____

氏名 _____ ㊞

* 自書による署名の場合は押印不要

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

【委任状】

<委任する内容> 感染症患者医療費公費負担申請に係る手続き申請に際し、下記の者を代理人として、上記の権限を委任します。

令和 年 月 日

(代理人)

住所 _____

氏名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

同意書

下記の者は、感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第19条または20条に基づく入院に係る患者の自己負担額を決定するための事務手続を処理するために限って、個人番号を利用して地方税関係情報について、住所地の関係機関が取得することに同意します。

【世帯全員記載欄】

表面の1に○を付けた場合は、以下に世帯員全員の個人番号等を記載してください。

続柄	氏名	生年月日	1月1日時点 の市区町村	個人番号																
	印																			
	印																			
	印																			
	印																			
	印																			
	印																			
	印																			

＜記載要領＞

- 1 同意する者が自ら署名を行なうか、押印すること
- 2 申請時の住所と直近の1月1日時点の住所が異なる場合は、1月1日時点の住所の市町村名を記載すること