

同意書

私が申請した小児慢性特定疾病医療費の支給に関する認定事務、及び認定後の現況確認等において、奈良市がマイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等により公簿等で下記の者の所得状況等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。

また、受診者が国家公務員共済組合に加入している場合、下記の者は、国家公務員共済組合が、国家公務員共済組合法第 60 条の 2 第 1 項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

また、受診者が地方公務員共済組合に加入している場合、下記の者は、地方公務員共済組合が、地方公務員等共済組合法第 62 条の 2 第 1 項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

※記入対象者について、裏面を確認してください。裏面にも記載欄がありますので、必ずご記載ください。

フリガナ 氏名	生年月日	受診者からみた 続柄	1月1日現在の住所 (申請月が1～6月は前年、7～12月は本年) ※受診者について、住所をご記載ください。それ以外の方については、受診者と 同じ場合は同上に <input checked="" type="checkbox"/> 、異なる住所の場合は住所をご記載ください。
<input checked="" type="checkbox"/> 受診者 フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日	本人	住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)
フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)
フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)
フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)
フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)
フリガナ: _____	T・S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> それ以外 (住所: _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 _____)

令和 年 月 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

※申請者氏名は署名してください。

注意事項

- 本紙はマイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等により、住民票や市民税額等を確認するための同意書です。同意いただけない場合は、該当者の住民票・市民税額関係書類の提出を求める場合があります。
- 住民票・市民税額の確認が必要な方のマイナンバーが確認できない場合は、該当者のマイナンバーの確認や住民票・市民税額関係書類の提出を求める場合があります。
- 市民税が未申告の場合は、該当者の市民税の申告等もしくは該当者の市民税額関係書類の提出を求める場合があります。
- 受診者の加入している医療保険の世帯が市民税非課税世帯で、申請者（受診者が18歳以上の場合、受診者）が年金・手当等を受給している場合は、給付金額がわかる書類のコピーの提出が必要です。確認の結果、市民税非課税世帯と判明した場合、関係書類の提出を求める場合があります。

対象となる年金・手当等

障害年金、寡婦年金、遺族年金、増加恩給、傷病者恩給、遺族恩給、特別児童扶養手当 等

① 記入が必要な対象者に関するチェック表

表面の表に記入が必要な対象者をご確認ください。

<input type="checkbox"/>	受診者は 国民健康保険（退職国保を含む） に加入している。 《対象者》受診者、申請者、同じ国保に加入している方全員分
<input type="checkbox"/>	受診者は 国民健康保険組合 に加入している。 《対象者》受診者、申請者、同じ国民健康保険組合に加入している方全員分
<input type="checkbox"/>	受診者は 被用者保険 （健康保険組合、協会けんぽ、共済組合等）に加入している。 《対象者》受診者、申請者、被保険者
<input type="checkbox"/>	受診者は 生活保護等受給世帯 である。 《対象者》受診者、申請者

② 医療保険加入者で、該当する方みのチェック表

<input type="checkbox"/>	受診者が加入する医療保険において、 高額療養費制度の多数該当 （※1）に当てはまる。 （該当者でも追加で必要な書類はありません。）
--------------------------	---

※1 高額療養費制度の多数該当について（小児慢性特定疾病医療費支給制度の高額かつ長期特例とは異なります。）

加入している医療保険において、直近1年間で3回高額療養費の支給対象となった場合、4回目以降は医療保険の自己負担限度額がさらに下がる制度です。該当されているか不明な場合は加入医療保険の保険者にお問い合わせください。