

# 同意書

私は、函館市子ども医療費受給者証の交付申請を行うにあたり、函館市子ども医療費助成条例（昭和 48 年函館市条例 44 号）第 4 条第 1 項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第 3 条の 2 の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第 8 条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者ならびに当該申請に係る主たる生計維持者（函館市子ども医療費助成条例施行規則（昭和 48 年函館市規則第 34 号）第 2 条第 2 号に規定する主たる生計維持者をいう。）の必要な年度の地方税関係情報、住民票関係情報および生活保護関係情報について調査することに同意します。

また、同条例第 2 条 3 号に規定する医療費の助成を行うにあたり、医療保険各法の規定による高額療養費および付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、当該申請に係る子およびその子と同一の医療保険に加入する者の地方税関係情報について調査することのほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市長に委任することに同意します。

- ① 当該高額療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限
- ② 当該高額療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、当該申請に係る子およびその子と同一の医療保険に加入する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

令和 年 月 日

函館市長 様

申請者の氏名 \_\_\_\_\_

申請者および同一世帯員（別居の生計維持者を含む）

(ふりがな) 氏名	住所	所得調査年度の 1月1日時点住所が <u>函館市以外の場合</u>	個人番号
		市区町村名	
		市区町村名	
		市区町村名	
		市区町村名	
		市区町村名	