

同意書

酒々井町重度心身障害者医療費の助成のために、私の高額療養費、付加給付金及び療養費等の手続き状況等を調べる必要があるときは、酒々井町が保険者及び関係機関に確認することに同意します。

また、酒々井町重度心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、加入する健康保険から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る医療保険分を含む）及び付加給付金並びに支給決定通知の受領の権限を酒々井町に委任することに同意します。

年 月 日

(受給資格者)

住 所 _____

フリガナ _____

氏 名 _____ 印 _____

(保護者又は後見人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

酒々井町長 あて