

記入例

記入日 → 令和〇年〇月〇日

豊橋市保健所長

同意書及び世帯調書

豊橋市保健所感染症対策室が感染症患者医療費公費負担申請に係る自己負担額の認定審査するために限って、住民票及び地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の認定審査に限って同意することを申し添えます。

●下記の太枠内にご記入ください。

住民票が豊橋市の場合は、省略可

| 患者と住民票を同じくする世帯全員 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 住民票の市区町村 | 個人番号(マイナンバー)12桁 | 年度市町村民税の所得割額 |
|------------------|-------|------|---------|----------|-----------------|--------------|
| | 豊橋 太郎 | 患者本人 | S〇年〇月〇日 | 豊橋市 | | |
| | 豊橋 花子 | 妻 | S〇年〇月〇日 | 豊橋市 | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 年 月 日 | | | |
| | | | 年 月 日 | | | |

●住民票が異なる①患者の配偶者②生計が同じである直系血族及び兄弟姉妹がいる場合は下記へご記入ください。

| 住民票は異なるが生計が同じ | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 住民票の市区町村 | 個人番号(マイナンバー)12桁 | 年度市町村民税の所得割額 |
|---------------|-------|----|---------|----------|-------------------------|---------------------------------------------|
| | 豊橋 次郎 | 子 | H〇年〇月〇日 | 〇〇市 | □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ | 住民票が豊橋市外の場合はマイナンバーの記及び住民票と市民税の所得割がわかる書類等を添付 |
| | 豊橋 花美 | 子 | H△年△月△日 | △△市 | △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ | |
| 備考欄 | | | | | 市町村民税の所得割額の合算額 | |
| | | | | | 自己負担認定額 | |

(記載要領)

- 同意する者が自ら署名を行うこと
- 署名欄が不足した場合は、複写して対応すること