

同 意 書

小児慢性特定疾病医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、奈良市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

奈良市長

【受 診 者】

氏 名

【申 請 者】

住 所

氏 名

受診者との続柄 ()

※ 受診者が加入している医療保険について、下表にあてはまる方は、市町村民（非）課税証明書の添付が必要です。

保健種別等	市町村民税（非）課税証明書が必要である方
国民健康保険組合に加入している場合 ※ 市町村が発行する国民健康保険とは異なります。	同じ国民健康保険組合に加入している全員分 ただし、建設国保・近畿税理士国保に加入されている方は、 申出書をご提出いただくことにより義務教育を修了していない方の市町村民税（非）課税証明書を省略することができます。
被用者保険に加入している場合 で、被保険者の市町村民税が非課税である場合	被保険者分