同　意　書

　精神障害者医療費助成申請に対する決定及び認定等に必要な、私の基準世帯員(※)に係る市税情報及び住民基本台帳情報について、精神障害者医療費助成事務担当課職員が内容を確認することを同意します。

　そして、上記の目的のために必要な私に関する個人情報を、関係機関に提供すること及び関係機関が保有する情報を閲覧することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者の加入保険 | 基準世帯員 |
| 社会保険の場合 | 被保険者（勤めている人）のみ |
| 国民健康保険の場合 | 同じ世帯の国民健康保険の被保険者全員 |
| 後期高齢者医療制度の場合 | 同じ世帯の後期高齢者医療制度の被保険者全員 |
| （世帯の加入保険状況により異なる場合があります。） | |

※基準世帯員とは

富津市長　　　　　　　　　　様

令和　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印