

(申請・届出時用 (マイナンバー用))

同意書

私は、杉並区の心身障害者医療費助成制度における医療証交付申請又は届出を行うに当たり、次のことに同意します。

なお、杉並区の心身障害者医療費助成制度の事務処理に限って同意することを申し添えます。

- 1 医療証の交付申請、更新及び変更等の際し、資格要件を確認するために、杉並区の担当職員が個人番号の利用・情報連携又は職務上公簿等において次の情報を利用すること。
※ 所得に関する情報 (地方税関係情報)、障害程度の情報、医療保険の加入情報、住民基本台帳の登録情報、その他資格要件を確認するために必要な情報
- 2 杉並区から助成を受けるために必要な保険給付の状況について、杉並区の担当職員が職務上、保険者、医療機関等の関係機関に問い合わせをすること。
- 3 杉並区から助成を受ける医療費について、杉並区と各保険者等 (後期高齢者医療広域連合を含む。) との間で給付の調整を行うこと。

杉並区長 宛

令和 年 月 日

申請者 (対象者本人)

住 所

氏 名

医療保険上の世帯主等 (申請者が 20 才未満で、世帯主等ではない場合に記入)

住 所

氏 名

代理人 (☐←医療保険上の世帯主等と代理人が同一人の場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。)

住 所

氏 名

委任状

委任状は任意代理人による申請の場合にのみ記入

私は、下記の者を代理人と定め、下記の申請手続を委任します。

記

委任事項：個人番号に係る調書を含む杉並区心身障害者医療費助成における医療証交付申請書等の提出に関する手続

杉並区長 宛

令和 年 月 日

申請者 (対象者本人)

住 所

氏 名

医療保険上の世帯主等 (申請者が 20 才未満で、世帯主等ではない場合に記入)

住 所

氏 名

代理人 (☐←医療保険上の世帯主等と代理人が同一人の場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。)

住 所

氏 名

* 区市町村で記入します。

医療証番号 (課・非)