

## 同意書

私は、自立支援医療費に関して行う申請及び届出等にあたり、その認定と審査のために私及び私の世帯員の地方税及び健康保険等について、必要な範囲で市が公簿及びマイナンバー等を利用した資格確認を行うことに同意します。

あわせて、私が宇城市に転入する前に他自治体で自立支援医療費支給認定申請を受けているときは、当該制度の支給認定に係る診断書等の写しを市が取り寄せることに同意します。

令和        年        月        日

住所 宇城市

氏名 ⑩

(自署する場合は、押印は不要です)

(18歳未満の場合は保護者氏名)

宇城市長        様