

同意書

私および当該申請に係る主たる生計維持者（函館市重度心身障害者医療費助成条例施行規則（昭和48年函館市規則第34号）第2条第5号に規定する主たる生計維持者をいう。以下「主たる生計維持者」という。）である私は、函館市重度心身障害者医療費助成条例（昭和48年函館市条例第12号）第4条第1項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第5条の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者、ならびに当該申請に係る主たる生計維持者の必要な年度の地方税関係情報、住民票関係情報、健康保険資格関係情報および生活保護関係情報について調査することに同意します。

また、医療保険各法の規定による高額療養費および高額介護合算療養費（以下「療養費」という。）、付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、同条例第2条第1項第3号に規定する医療費の助成を受給する私、および私と同一の医療保険に加入する者の地方税関係情報について調査することに同意するほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市長に委任することに同意します。

①当該療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限

②当該療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、私、および私と同一の医療保険に属する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

申請者の氏名 印

主たる生計維持者の氏名 印

申請者と同一世帯員

申請者と同一世帯員	(ふりがな) 氏名	住 所	個 人 番 号	

重度心身障害者入通院の申立書

函 館 市 長 様

申立者氏名 _____

申立内容	対象者氏名		生年月日	T・S 年 月 日 H・R (歳)
	手帳の 内容 障害者	手帳交付年月日	S・H・R 年 月 日	障がいの 程 度
		障がいの種類（該当するものすべてに○を付すること。）		
	視覚 聴覚 平衡機能 音声・言語またはそしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 じん臓機能 呼吸器機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 肝臓機能			
身障手帳の障がいによる医療の開始日		入院	H・R 年 月 日から	医療機関名
		通院	H・R 年 月 日から	

証受領確認（代理申請者含む）