同意書・委任状

長崎市長　様

医療保険者　様

福祉医療費の資格認定及び更新、支給のために必要があるときは、市長が、私と配偶者及び扶養義務者（申請日以降に配偶者、扶養義務者となった者も含む）の収入、控除、課税等の状況に関する資料、生活保護の受給状況、国民健康保険の加入状況、高額療養費申請状況並びに高齢者の医療の確保に関する法律による給付状況について確認することに同意します。

また、加入する医療保険者から受給する高額療養費、高額介護合算療養費及び附加給付金等が、長崎市の福祉医療費として既に助成されている場合は、その重複額を長崎市に返還することに同意し、加入する医療保険者から直接長崎市の指定する口座に振り込むことを委任します。

平成　 年　 月　 日

住所

支給対象者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（対象者家族の記名・押印欄は裏面へ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

福祉医療

受給者番号

|  |  |
| --- | --- |
| 加入医療保険 |  |
| 被保険者証の記号・番号 |  |

住所

配偶者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**記入例**

**（表面）**

同意書・委任状

長崎市長　様

医療保険者　様

福祉医療費の資格認定及び更新、支給のために必要があるときは、市長が、私と配偶者及び扶養義務者（申請日以降に配偶者、扶養義務者となった者も含む）の収入、控除、課税等の状況に関する資料、生活保護の受給状況、国民健康保険の加入状況、高額療養費申請状況並びに高齢者の医療の確保に関する法律による給付状況について確認することに同意します。

また、加入する医療保険者から受給する高額療養費、高額介護合算療養費及び附加給付金等が、長崎市の福祉医療費として既に助成されている場合は、その重複額を長崎市に返還することに同意し、加入する医療保険者から直接長崎市の指定する口座に振り込むことを委任します。

平成　 年　 月　 日

住所　　長崎市桜町２番２２号

支給対象者氏名　　長　崎　太　郎　　　　　㊞

**手帳所持者**

（対象者家族の記名・押印欄は裏面へ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** |

福祉医療

受給者番号

|  |  |
| --- | --- |
| 加入医療保険 | **○○健康保険** |
| 被保険者証の記号・番号 | **１２３‐４５６７８９** |

**記入例**

**（裏面）**

**手帳所持者の配偶者（夫または妻）**

住所　　長崎市桜町２番２２号

配偶者　　長　崎　花　子　　　　　　　　　㊞

**手帳所持者の扶養義務者**

**（障害者手帳をお持ちの方と同一生計にある**

**父、母、子、兄弟姉妹、祖父母、孫 ）全員**

住所　　同　　　上

扶養義務者　　長　崎　一　郎　　　　　　　　　㊞

住所　　同　　　上

扶養義務者　　長　崎　次　子　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住所

扶養義務者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞