

同意書

神戸市が感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条に基づく自己負担額決定に関する事務手続きを処理するために限って、年度の地方税関係情報について取得することに同意します。
なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

1.同意者(患者本人) 年 月 日

同意者(患者本人)の個人情報入力欄。フリガナ、氏名(男・女)、生年月日、住所(都道府県市区郡)、1月1日時点住民登録のあった住所、個人番号。

2. 同意者 (患者と生計を同一にしている方全員)

同意者(患者と生計を同一にしている方)の個人情報入力欄。①②③④の4つの同意者ごとにフリガナ、氏名(男・女)、生年月日、住所、同居の有無、個人番号を記入する欄。

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

【区処理欄】

区処理欄のチェックボックス。番号確認書類、(写真有)個人番号カード、(写真無)通知カード表面、個人番号記載住民票の写し、保健課への送付日。

本人確認

(下記右欄の書類は2点)

本人確認のチェックボックス。運転免許証、運転履歴証明書、パスポート、障害者手帳等、在留カード等、官公庁が発行する証明書(顔写真あり)、被保険者証、年金手帳、住民票の写し、児童扶養手当証書等、特別児童扶養手当証書、官公庁が発行する証明書(顔写真なし)。

代理人の場合

代理人の場合のチェックボックス。任意、法定、委任状、戸籍謄本、資格を証明する書類。

保健センター受付印

【保健課処理欄】

保健課処理欄の受付日、送付日、回答受領日入力欄。