同　　意　　書

板橋区長　あて

自立支援医療（精神通院）支給認定申請にあたり、板橋区職員が私の板橋区における住民税課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険加入状況・後期高齢者医療保険加入状況および情報連携により加入健康保険情報を閲覧・確認し、その情報を東京都に提供することに同意します。

年　　月　　日

（申請者）

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（同一世帯員）　※住所は申請者と違う場合のみ記入

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同一世帯員とは、申請者の加入する健康保険が

＊国保・国保組合・後期高齢者医療の方・・・同じ保険に加入している世帯全員
（１８歳未満で収入のない方を除く）

＊社会保険・共済保険等の方・・・・・・被保険者

※ 課税状況等の必要となる年度の１月１日現在、板橋区に住民登録のない方及び未申告の方は、この同意書は使用できません。

※ 生活保護受給中の方は、申請者欄を記入してください。