

同意書

私は、北海道が実施する下記制度の申請に当たり、支給認定等の事務に必要な限りにおいて、小樽市が私の世帯の住民登録情報（個人番号を含む）、市民税に係る所得・課税情報を北海道へ提供することに同意します。

対象となる制度

- 1 特定医療費（指定難病）／指定難病要支援者証明事業（登録者証）
- 2 特定疾患治療研究事業
- 3 小児慢性特定疾病医療費

令和 年 月 日

小樽市長 様

(患者) 住所 小樽市 丁目・町 番 号

氏名

※患者が18歳未満の場合、保護者氏名

【留意事項】

一部の方は、この同意書を提出しても「所得・課税証明書」の提出を省略することができません。

詳細は、裏面の「所得・課税証明書の提出を省略することができない方」を御覧ください。

所得・課税証明書の提出を省略することができない方

次の1～3のいずれかに該当する方は「所得・課税証明書」の提出を省略することができません。

1 小樽市で所得・課税情報を確認することができない方
～課税権のある市区町村にて取得の上、御提出ください。

2 「国民健康保険組合」に加入している方

3 「被用者保険」に加入し、被保険者が非課税の方

ただし、上記2・3の方のうち、小樽市で所得・課税状況を確認することができ、かつ、下記委任状を御記入（※）いただいた方は、小樽市保健所が代理で所得・課税証明書を取得し、北海道へ提出します。

※上記2の方は同世帯の「国民健康保険組合」加入者全員分、上記3の方は「被用者保険」の被保険者及び患者本人分の記入（委任）が必要です。

委任状

No	住 所	氏 名	生年月日	押印
例	小樽市富岡1丁目5番12号 保健アパートA号室	健康 保	昭和12年3月4日	(健康)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

私は下記の者を代理人と定め、所得・課税証明書の交付請求及び受領の権限を委任します。

代理人	住所：小樽市築港11番1号 ウイングベイ小樽1番街4階 氏名：小樽市保健所 保健総務課長 進藤 広典
-----	---