

# 同意書

横瀬町重度心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、下記事項について同意します。

## [同意事項]

- (1) 受給資格者及びその世帯員について、住民基本台帳情報等公簿により確認すること
- (2) 加入している医療保険に対して所得区分、高額療養費及び付加給付の決定に関する情報を照会すること。
- (3) 横瀬町国民健康保険及び埼玉県後期高齢者医療広域連合より償還される高額療養費（高額介護合算医療費に係る医療保険分を含む）の受領の権限を横瀬町に委任し、重度心身障害者医療費と合わせて支給を受けること。
- (4) 生活保護受給状況について関係機関に照会すること。
- (5) 申請事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行うこと。

令和 年 月 日

(受給資格者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(保護者または後見人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

横瀬町長 様