

## 同意書

令和 年 月 日

(あて先)  
大 阪 市 長

住 所	
〔 上記住所が住民票上の住所と異なる場合は住民票上の住所 〕	
氏 名	印

(自署の場合、押印省略可)

感染症患者医療費公費負担申請に係る自己負担額の認定審査にあたり、次の事項に同意します。

## 【同意事項】

- ◆申請者及び申請者と同一世帯全員の住民基本台帳関係公簿の確認。  
(本市の関係公簿で確認できない場合は、本市が関係市区町村から住民票の写しを取得すること。)
- ◆申請者及び申請者と同一世帯全員の市・府民税関係公簿の確認。  
(本市の関係公簿で確認できない場合は、本市が関係市区町村から申請対象年度の住民税課税証明書を取得すること。)
- ◆感染症患者医療費公費負担申請及び自己負担額の認定審査にあたり、入院先医療機関から健康保険被保険者証などの申請に係る患者情報について、提供を受けること。

\* 着色部分のみ記載してください。