

感染症患者医療費公費負担申請書別紙（同意書）

年 月 日

大阪市長 様

住 所

氏 名

感染症患者医療費公費負担申請に係る認定審査にあたり、次の事項に同意します。

記

- 本申請の認定審査にあたり、市担当職員において、申請者・申請者と同一世帯全員の住民基本台帳関係公簿の確認及び市民税等に関する課税情報を確認すること。
- 生活保護受給情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、また必要に応じて他の関係公簿を確認（個人番号による情報照会含む）すること。
- 本申請の認定審査にあたり、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。