

第4号様式（第4条7号）

同 意 書

習志野市長 宛て

私は、習志野市重度心身障害者医療費等助成制度による助成金の支給を受けている間に、当該助成金が保険者から支給される高額療養費、附加給付金、高額介護合算療養費等と重複したときは、市と保険者間で重複額について精算することに同意します。

なお、高額療養費、附加給付金、高額介護合算療養費等の支給を受け、上記の重複が判明したときは、重複した助成金を市へ返還します。

また、市が、上記の目的のために必要な私の個人情報を保険者に提供すること及び保険者が保有する情報を取得することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印