

承 諾 書

令和 年 月 日

犬 山 市 長

住 所

氏 名

1. 私が申請している福祉医療費の支給対象となる診療費について、
保険者から高額療養費の支給があるときは、その額を市の指定する方法で返納
します。

1. 私が申請している福祉医療費受給資格の調査と、他の法令による医療に関する
給付との調整に関する手続きを処理するために、地方税関係情報を利用される
ことを承諾します。

1. 障害者手帳、要介護認定の情報など医療費受給資格の認定及び更新に必要な
公簿等の閲覧や照会（個人番号を利用する場合を含む。）を犬山市が行うこと
を承諾します。