

同意書

私は、多摩市特定疾病者福祉手当の届出を行うに当たり、次のことに同意します。

- 1 支給要件を確認するために、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上公簿等において次の情報を利用すること。

※ 申請書受理兼整理簿の情報、住民基本台帳の登録情報、課税情報、その他支給要件を確認するために必要な情報

- 2 東京都から助成を受ける医療費の認定状況について、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上、東京都の難病医療費助成担当職員に問い合わせをすること。

- 3 生活保護の受給開始、停止及び廃止の決定状況について、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上、生活保護の担当職員に問い合わせをすること。

多摩市長 殿

年 月 日

申請者（対象者本人氏名）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

認定番号

* 区市町村で記入します。

同意書

私は、多摩市特定疾病者福祉手当の届出を行うに当たり、次のことに同意します。

- 1 支給要件を確認するために、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上公簿等において次の情報を利用すること。

※ 申請書受理兼整理簿の情報、住民基本台帳の登録情報、課税情報、その他支給要件を確認するために必要な情報

- 2 東京都から助成を受ける医療費の認定状況について、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上、東京都の難病医療費助成担当職員に問い合わせをすること。
- 3 生活保護の受給開始、停止及び廃止の決定状況について、多摩市特定疾病者福祉手当の担当職員が職務上、生活保護の担当職員に問い合わせをすること。

多摩市長 殿

年 月 日		記入日をご記入ください	
申請者（対象者本人氏名）		手当を受給するご本人の住所・氏名をご記入ください	
{ 住所 氏 名	{ 住所 氏 名	記入見本	印鑑を押印してください
			印
{ 住所 氏 名	{ 住所 氏 名	記入見本	印鑑を押印してください
			印

認定番号

* 区市町村で記入します。