（様式第２号）（要綱第５条関係）

◎　遷延性意識障害者医療費の給付に関する同意書の提出のお願い

本事業の給付にあたり、後日、誤った給付が判明した場合には、まとまった金額の返還など、患者さん及びご家族の皆様に手間と負担が生じることがあります。公的医療給付の適正な執行を図るために、以下の点についてご理解いただき、お手数ですが「医療費の給付等に関する同意書」に必要事項の記入等をお願いします。

・身体障害者手帳の交付の確認について
　本事業の給付については、市町村等の福祉医療を受けられない方が対象となることから、身体障害者手帳の交付状況について発行機関（長野市又は松本市以外に在住の方は長野県立総合リハビリテーションセンター、長野市又は松本市在住の方は長野市又は松本市）に確認を行う必要があります。
・市町村等の福祉医療・介護保険の受給者証等交付状況と給付状況に関する確認について
　対象患者さんについて、市町村（広域連合）の福祉医療・介護保険の受給者証等の交付状況の確認を行う必要があります。また、本事業との重複支給を防止するために、本事業における給付内容（氏名・住所・生年月日・性別・月別の給付額・一部自己負担額）を市町村（広域連合）に通知するとともに、福祉医療・介護保険の給付状況を確認する必要があります。

医療費の給付等に関する同意書

遷延性意識障害者医療費給付事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、以下の点について同意します。

○　対象患者の身体障害者手帳交付の有無に関する確認について
　長野県が長野県立総合リハビリテーションセンター（長野市又は松本市在住の方は長野市又は松本市）に照会を行うこと。
　長野県立総合リハビリテーションセンター（長野市又は松本市在住の方は長野市又は松本市）が長野県に回答を行うこと。

○　福祉医療・介護保険の受給者証等交付状況及び給付状況に関する確認について
　長野県が対象患者の本事業に関する給付内容について、市町村（広域連合）へ通知すること。
　長野県が対象患者の福祉医療受給者証・介護保険被保険者証の交付の有無及び福祉医療・介護保険の給付額について、市町村（広域連合）に照会を行うこと。
　市町村（広域連合）が対象患者の福祉医療受給者証・介護保険被保険者証の交付の有無及び福祉医療・介護保険の給付額について、長野県に回答すること。

年　　月　　日

長野県知事　　様

（対象患者氏名）
住　　所
氏　　名
（扶養義務者、親権者等）
住　　所
氏　　名　　印
（患者との続柄：　　）　　（自署の場合は押印不要）