

同 意 書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために、下市町が私及び私の世帯員の収入につき、課税台帳等の市町村民税関係公簿・吉野福祉事務所の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

(申請者) 住所 奈良県 _____

氏名 _____ 印 (自署または記名捺印)

保護者氏名 _____ 印

(申請者が 18 歳未満の場合は保護者氏名の自署または記名捺印が必要です。)

平成 年 月 日

世帯全員を記入してください。(医療保険証に記載のある方全員。保険証がカードになっている場合は、扶養・被扶養関係にある方全員。)

(フリガナ) 氏名	印	生年月日	続柄	住所

※ご本人にお聞きします。

何か年金を受けていますか? (はい ・ いいえ)

年金の種類は何ですか? (老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金)

年金金額は年間 80 万円を超えていますか? (はい ・ いいえ)

※ 記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、申請者住所・氏名(保護者氏名)欄は、提出分すべてにご記入ください。