

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、必要な者の課税状況・健康保険加入状況・生活保護受給状況調査を関係部署に行うことを同意します。

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 奈良県生駒郡平群町

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。)

令和 年 月 日

☆ご本人にお聞きします。

- ・令和 年1月1日現在は、平群町に住所がありましたか？ (はい ・ いいえ)
- ・何か年金を受給していますか？ (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)

同一健康保険加入世帯員

(ふりがな) 氏名	生年月日	続柄	住所 (該当の場合☑を入れてください。)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)
			<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です)

※ 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。