

# 同 意 書

(宛先) 大和郡山市長

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、大和郡山市担当職員が私及び私の世帯員若しくは同一医療保険加入者の収入状況を確認するため、市民税関係公簿・生活保護受給者台帳、また国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに必要な応じて他の関係公簿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、下記の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

(申請者) 住所 大和郡山市

氏名

保護者氏名

(申請者が 18 歳未満の場合は保護者氏名の記名が必要です。)

★申請者にお聞きます。(受診者が 18 歳未満の場合は保護者の年金受給状況をお答えください。)

・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 )

→「いいえ」とお答えの方は、年間の年金額を教えてください。( 円)

申請者及び保護者と同じ医療保険に加入されている方全員をご記入ください。

| (フリガナ)<br>氏名 | 生年月日             | 続柄 | 住所                                |
|--------------|------------------|----|-----------------------------------|
|              | 大正 昭和 平成 令和<br>・ | 本人 | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ |
|              | 大正 昭和 平成 令和<br>・ |    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ |
|              | 大正 昭和 平成 令和<br>・ |    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ |
|              | 大正 昭和 平成 令和<br>・ |    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ |
|              | 大正 昭和 平成 令和<br>・ |    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ |

※ 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。