

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、生駒市職員が課税台帳等を調査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。

(受診者) 住所 奈良県生駒市 _____

氏名 _____

(受診者が18歳未満の場合は保護者氏名の記入が必要です。)

保護者氏名 _____

年 月 日

① 以下に、同一保険加入の方をすべて記入してください。(受診者本人も含む)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所
		本人	

※ 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、受診者住所・氏名(保護者氏名)欄は、提出分すべてにご記入ください。

② 受診者本人の年金受給状況について(受診者が18歳未満の場合は保護者の年金受給状況)

※ 1～6月に申請の場合は一昨年1年間、7～12月に申請の場合は昨年1年間の受給状況を回答してください。

- ・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)

※年金生活者支援給付金は除く

↳ 「いいえ」の場合 年間の年金額 _____ 円