

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等を確認するため、市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等の加入状況、並びに必要なに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、上記の内容については、下記の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

(受診者) 住所 生駒市

氏名

保護者氏名

(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。)

1. すべての受診者にお聞きします。※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82万6,500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)

※1～6月に申請の場合は前々年、7～12月に申請の場合は前年1年間の受給状況を回答してください。

2. 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
()	昭和 平成 令和	本人	☐ 上記受診者住所に同じ
()	昭和 平成 令和		☐ 上記受診者住所に同じ
()	昭和 平成 令和		☐ 上記受診者住所に同じ
()	昭和 平成 令和		☐ 上記受診者住所に同じ
()	昭和 平成 令和		☐ 上記受診者住所に同じ

※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、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。

3. 社会保険 の加入者をご記入ください。

被保険者(社保本人)氏名： ()

4. 生活保護受給中の方は、受給決定市町村名をご記入ください。(いずれかに✓)

☐ 生駒市 ☐ 生駒市以外 ()