同　　意　　書

　私は、自立支援医療費（精神通院医療）受給に係る申請にあたり、その認定のために、三宅町

職員が私及び私の世帯員の収入につき三宅町の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿、生活

保護受給者台帳及び公的年金の受給状況等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　　奈良県磯城郡三宅町

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署）

　　　　　保護者氏名

　　　　　（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。）

　　★年金について★

①　年金を受給していますか？（ はい ・ いいえ ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

　　　　　　　　　　　　　　　　　年金証書や年金振込通知書が必要です。

　　②　年金の種類は何ですか？（ 老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ）

　　③　年金金額は、年間８０万円を超えていますか？（ はい ・ いいえ ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間の年金額をお答え下さい。（　　　　　　　　　円）

令和　　年　　月　　日

* 同じ保険に入っている方全員の氏名を書いて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 生　年　月　日 | 続　　柄 | 住　　　　　所 |
|  |  | 本　人 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |