同　　意　　書

　私は、自立支援医療費（育成医療）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

　　　　　 保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自署）

　　★年金・手当等について★

①　保護者の方は、年金・手当等を受給していますか？（ はい ・ いいえ ）

　　　　遺族年金、障害年金、特別障害給付金、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当等

②　年金・手当等の金額は、年間８０万円を超えていますか？　（ はい ・ いいえ ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

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

　　※町民税非課税世帯の方で、上記年金・手当等を受給されている方は、振込通知書等の給付金額がわかる書類のコピーを添付してください。

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 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |