

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、三宅町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、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、また国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに公的年金の受給状況等、必要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、以上の内容については、下記の者にも承諾を得ています。

(受診者) 住所 奈良県磯城郡三宅町 _____

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、同一医療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)

氏名	生年月日	続柄	住所(該当の場合□にチェックを入れてください。)
		本人	☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
			☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
			☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
			☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
			☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)

※ 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。

・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809,000円を超えていますか?(はい ・ いいえ)

↳ 「いいえ」の場合 年間の年金額 _____ 円

※年金生活者支援給付金は除く