

# 同意書

令和 年 月 日

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請をするにあたり、その認定のために、王寺町役場 福祉介護課 福祉係職員が、私及び私の世帯員の収入につき王寺町役場 税務課の保有する 課税台帳等の市町村民税関係公簿・王寺町役場 福祉介護課 福祉係 の保有する、生活保護受給者台帳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 奈良県北葛城郡王寺町

氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

(申請者が18歳未満の場合は保護者の記入が必要です。)

年 月 日

同一健康保険加入世帯員

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所

※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、申請者住所・氏名(保護者氏名)欄は、提出分すべてにご記入ください。

★ご本人にお聞きします。

- ・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 )