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、天理市社会福祉課職員が私及び私の世帯員の収入につき天理市税務課の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿及び社会福祉課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧すること、社会保険事務所に年金受給額等を問い合わせること及び税関係当局に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日

天理市長　様

（申請者）　住所　　奈良県天理市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★ご本人にお聞きします。

・障害年金か遺族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？　（障害年金 ・ 遺族年金 ）

・障害年金・遺族年金の金額は年間 80 万円を超えていますか？

（ はい ・ いいえ ）※

※老齢年金は支給金額が確認できますが、障害年金・遺族年金に関しては、こちらで支給額の確認ができませんので、必ず記入して下さい。