

同 意 書

私は、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もしくは同一医療保険加入者の収入状況を確認するため、市町村民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等資格関係公簿のほか、必要に応じてその他の関係公簿を閲覧すること、社会保険事務所に年金受給額等を問い合わせること、並びに必要に応じて個人番号を利用し情報連携を行うことについて同意します。

令和 年 月 日

天理市長 様

(申請者) 住所 奈良県天理市

氏名

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が必要です。)

◆ ご本人にお聞きします。(受診者が 18 歳未満の場合は保護者の状況をお答えください。)

- ① 障害年金か遺族年金を受給していますか? (はい ・ いいえ)
- ② 年金の種類は何ですか? (障害年金 ・ 遺族年金)
- ③ 障害年金・遺族年金の金額は年間 80 万 9,000 円を超えてますか? (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。