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に同意します。

平成　　年　　月　　日

天　理　市　長　　様

（申請者）　住所　奈良県天理市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印（自署または記名捺印）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（申請者が 18 歳未満の場合は保護者氏名の自署または記名捺印が必要です。）

◆　ご本人にお聞きします。

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受給している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、必ず記入してください。