

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、斑鳩町福祉課職員が私及び私の世帯員の個人番号を確認すること、斑鳩町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福祉課の保有する生活保護受給者台帳及び国保医療課の保有する国保資格情報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 奈良県生駒郡斑鳩町

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。)

令和 年 月 日

同一健康保險加入世帶員

(フリガナ) 氏 名	印	生年月日	続柄	住 所
個人番号 ()				
個人番号 ()				
個人番号 ()				
個人番号 ()				
個人番号 ()				

※ 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。

※ 申請者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 82 万 6 千 5 百円を超えていますか？（ はい ・ いいえ ）