

同意書

私は、自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定調査のために、私及び私と同じ医療保険に属する世帯員（同一医療保険加入者）全員について、紀の川市担当職員が紀の川市の保有する以下の情報を閲覧することに同意します。なお、以下の情報の閲覧については、同一医療保険加入者の承諾を得ています。

- (1) 個人番号
- (2) 生活保護の受給の有無
- (3) 国民健康保険の加入資格の有無
- (4) 市町村民税の賦課状況
- (5) 特別障害者手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、福祉手当（経過措置）の受給状況

障害年金等非課税の収入について、下記のとおり添付書類と併せて報告します。
(※年金の無い方は記入不要です。)

収入の種類	障害年金	その他（遺族年金など）
金額	円（月額・年額）	円（月額・年額）
添付書類	○ 裁定通知書（年金額の記載があるもの） ○ 年金が振り込まれている通帳の写し 等	○ 収入の時期や金額がわかるもの

受給者証の受け取りについては、下記の方法でお願いします。

- 申請者の住所に郵送を希望する。
- 次の住所への郵送を希望する。

〒	—		
		TEL	— —

- その他（ ）

受診者住所 紀の川市

氏名

扶養義務者住所

氏名

(受診者が18歳未満の場合は保護者の署名が必要です。)

年 月 日