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。

（１）　個人番号　　（２）生活保護の受給の有無　　（３）年金の受給状況

（４）　国民健康保険の加入資格の有無　　（５）市町村民税の賦課状況

（６）　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。（収入のない方は不要）

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。

〒　　―
様
TEL　　―　　―

□　その他（　　）

申　請　者　住　所　　紀の川市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

扶養義務者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（申請者が１８歳未満の場合は保護者の署名・押印が必要です。）

年　　月　　日

なお、以上の内容については次の者の承諾を得ています。（同一医療保険加入者）

氏　　名	生年月日	続柄	住　　所
	M・T・S・H・R 年　月　日		 個人番号
	M・T・S・H・R 年　月　日		 個人番号
	M・T・S・H・R 年　月　日		 個人番号
	M・T・S・H・R 年　月　日		 個人番号