

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、その認定調査のために、私及び私と同じ医療保険に属する世帯員全員について、岩出市担当職員が、岩出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) 国民健康保険の加入資格の有無、加入している場合には国民健康保険上の世帯の状況
- (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

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ 印

保護者氏名 _____ 印

(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。

氏 名 (フリガナ)	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

(裏面)

受診者本人の年金等収入について該当する内容にチェックしてください。

年金の受給状況について	<input type="checkbox"/> 老齢年金（国民・厚生・共済）を受給している。
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金（国民）を受給している。 ※ <u>2級年金を受給されている方は年金額がわかるものを添付ください。</u>
	<input type="checkbox"/> 障害年金（厚生・共済）を受給している。 ※ <u>年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。</u>
	<input type="checkbox"/> 遺族年金（基礎・厚生・共済）を受給している。 ※ <u>年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。</u>
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当を受給している。
	<input type="checkbox"/> 特別障害者給付金、障害を事由として支給される労災による年金及び一時金を受給している。 ※ <u>年額80万以下の方は年金額がわかるものを添付ください。</u>
	<input type="checkbox"/> <u>上記の年金等はいずれも受給していない。</u>

※ 年金等収入が年額80万以下の方は、「年金等証書+振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号 - -		