

同意書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請に当たり、その認定のために、香芝市社会福祉課職員が私及び私の世帯員の収入及び保険情報につき、市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等の加入状況、並びに必要なに応じて他の関係公簿を閲覧することについて同意します。なお、上記の内容については、下記の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

受診者	氏 名		保護者氏名 (18歳未満のみ)	
	現住所	奈良県		
1月1日時点※ ¹ の住所 (現住所と異なる場合のみ)				

1 受診者の世帯員情報について

国民健康保険加入者又は後期高齢者医療保険加入者の場合は、同一保険に加入している世帯員全員、健康保険（社会保険）加入者又は共済保険加入者の被扶養者（家族）の場合は、被保険者を記入してください。なお、受診者が18歳未満の場合は、全ての保護者の名前を記入してください。

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	続 柄	住 所
			<input type="checkbox"/> 上記受診者住所に同じ
			<input type="checkbox"/> 上記受診者住所に同じ
			<input type="checkbox"/> 上記受診者住所に同じ
			<input type="checkbox"/> 上記受診者住所に同じ

2 受診者(18歳未満の場合は保護者) が受給している年金等について

- (1) 年金を受給していますか。 (はい ・ いいえ)
「はい」の場合 (老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金)
- (2) 特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当のいずれかを受給していますか。
(はい ・ いいえ)
- (3) 上記(1)～(2)の年間※²の合計金額が、80万9,000円を超えていますか。
(はい ・ いいえ ・ 不明)
「いはい」の場合 年間の合計金額 (円)
- (4) 生活保護を受給していますか。 (はい ・ いいえ)
「はい」の場合 受給市町村 ()

※1 1月1日時点・・・1～6月分の申請は前年、7～12月分の申請は本年の1月1日をいう。

※2 年間・・・1～6月分の申請は前々年、7～12月分の申請は前年の1月1日～12月31日をいう。

例：2026年3月申請の場合は、2024年1月1日から2024年12月31日まで。