

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、宇陀市職員が私及び私の世帯員若しくは同一医療保険加入者の収入状況を確認するため、市民税関係公募、生活保護受給者台帳、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに必要な応じて他の関係公募を閲覧することについて同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

住所 奈良県宇陀市

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。)

申請者(受給者)の方にお聞きます。

年金を受給していますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方は①②にお答えください。

① 年金の種類は何ですか？ (老齢年金・障害年金・遺族年金)

② 年金額は年間80万円を超えていますか？ (はい・いいえ)

※ 年金額が年間80万円未満の場合は、それを証明する書類(通帳や振込通知書の写しなど)を添付ください。

「未申告の方」や「税法上どなたの扶養にも入っていない方」は、
申告が必要となります。