# 同　　意　　書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請及び助成金交付の決定にあたり、その認定ののために、大和高田市役所社会福祉課担当職員が私及び私の世帯員の収入につき大和高田市税務課の保有する課税台帳等の市民税関係公簿・保護課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧すること、また必要に応じその他の税情報、各年金、各手当受給状況等について照会確認することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

（申請者）　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（自署または記名捺印）

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

**（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。）**

令和　　年　　月　　日

※同一健康保険加入世帯員

| ふりがな<br>氏　　名 | 生年月日 | | | 住　　所 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | |

**※　記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。**

**その場合、申請者住所・氏名（保護者氏名）欄は、提出分すべてにご記入ください。**

**★　ご本人にお聞きします。**

**・何か年金を受給していますか？　（はい　・　いいえ）**

**・年金の種類は何ですか？（老齢年金・障害年金・遺族年金・その他・わからない）**

**・年金額は年間80万9千円を超えていますか？　（はい　・　いいえ）**

**（年金額が年間80万9千円未満の場合は、それを証明する書類を添付してください。通帳や振込通知書の写しなど）**