

# 同 意 書

(宛先) 奈良市長

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために奈良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、市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに必要なに応じて他の関係公簿を閲覧すること、並びに必要なに応じて個人番号を利用することについて同意します。なお、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

受診者 住所 奈良市

氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

受診者が18歳未満の場合

氏名(保護者) \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

**1. すべての受診者にお聞きします。※受診者が18歳未満の場合は保護者の年金受給状況をお答えください。**

- ・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 )
- ・年金金額は年間80万円を超えていますか？ ( はい ・ いいえ )

→「いいえ」とお答えの方は、年間の年金額を教えてください。( \_\_\_\_\_ 円)

**2. 社会保険 又は 奈良市以外の国民健康保険 の加入者は以下をご記入ください。**

被保険者氏名：( \_\_\_\_\_ )

加入医療保険者名称(例 ○○健康保険組合等)：( \_\_\_\_\_ )

**3. 生活保護受給中の方は、受給決定市町村名をご記入ください。(いずれかに☑)**

奈良市       奈良市以外 ( \_\_\_\_\_ )

**4. 受診者及び受診者(保護者)と同じ医療保険に加入されている方は必ず全員ご記入ください。**

(また、受診者を税法上の扶養にとっておられる方もご記入ください。)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所(該当の場合☑を入れてください。)
	昭和 平成 令和 年 月 日	受診者	<input type="checkbox"/> 上記に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)

※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、受診者(保護者)住所・氏名欄は、提出分すべてにご記入ください。