

同意書

(宛先) 奈良市長

私は、自立支援医療(育成医療)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、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、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

年 月 日

申請者(保護者) 住所 奈良市

氏名

下記に、受診者と同じ医療保険に加入されている方全員について、必ずご記入ください。
住民票が別でも同じ医療保険に加入している方が他にいる場合は、その方も記入してください。

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所
	S・H・R 年 月 日	受診者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)
	S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)
	S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)
	S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)
	S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)
	S・H・R 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(住所の記入は不要です。)

★ 保護者の方は下記の年金・手当等を受給していますか？ (はい ・ いいえ)

遺族年金、障害年金、労災による障害給付、特別障害給付金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当等

・年金・手当等の金額は年間80万9千円を超えていますか？ (はい ・ いいえ)

◎市町村民税非課税世帯で年金・手当等の金額が80万9千円以下の方は、振込通知書等の給付金額がわかる書類のコピーを添付してください。

☆市民税の所得割の算定対象となる方の扶養人員の中に、16歳～18歳までの扶養親族が含まれている場合は裏面も記載してください。

市民税の所得割の算定対象となる方の扶養人員の中に、前年（治療開始日が1月から6月の場合は前々年）の12月31日時点で16歳～18歳までの扶養親族が含まれている場合記載してください。
（記載漏れ等があった場合、所得区分に影響が生じる場合があります。）

(フリガナ) 氏名	生年月日	年齢	続柄	住所
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（住所の記入は不要です。）