

どう　　い　　しょ
同　　意　　書

わたし　　しょう　　しゃじりつしえんいりょうしきゅうせいど　　かか　　しんせい　　にんてい
 私は、障がい者自立支援医療支給制度に係る申請にあたり、その認定のために、
 しちょうそんたんとうしょくいん　　わたしおよ　　わたし　　せたいいん　　しゅうにゆうじょうきょう　　しちょうそんぜいむたんとうか　　ほゆう
 市町村担当職員が私及び私の世帯員の収入状況につき、市町村税務担当課の保有
 か　　ぜいだいちょうとう　　しちょうそんみんぜいかんけいこう　　ぼ　　しちょうそんせいかつ　　ほ　　ごたんとうか　　ほゆう　　せいかつ　　ほ　　ご
 する課税台帳等の市町村民税関係公簿、市町村生活保護担当課の保有する生活保護
 じゆきゆうしゃだいちょう　　えつらんおよ　　しんせいしょうめいじりょう　　どうい　　いじょう　　ないよう
 受給者台帳を閲覧及び申請証明受領することについて同意します。なお、以上の内容
 つぎ　　もの　　しょうだく　　え
 については、次の者の承諾を得ています。

しんせいしゃ　　じゅう　　しょ
 (申請者) 住 所 _____

し　　めい
 氏 名 _____

ほ　　ごしゃしめい
 保護者氏名 _____
 しんせいしゃ　　さいみまん　　ばあい　　ほ　　ごしゃしめい　　きめい　　ひつよう
 (申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名が必要です。)

年　　月　　日

どういつけんこうほけんかにゆうせたいいん
 同一健康保険加入世帯員

※	(フリガナ) しめい 氏 名	せいねんがっぴ 生年月日	ねんれい 年 齢	ぞくがら 続 柄	じゅうしょ 住 所
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ

※の欄は、らん　　けんこうほけん　　しゃかいほけん　　ひほけんしゃ　　かた　　だん　　きにゆう
 健康保険が社会保険の場合に、被保険者の方の段に○を記入してください。