

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、その認定調査のために、私及び私と同じ医療保険に属する世帯員全員について、日高川町担当職員が、以下の情報を関係機関等に照会することに同意します。

- (1) 生活保護の受給の有無
- (2) 国民健康保険の加入資格の有無、加入している場合には国民健康保険上の世帯の状況
- (3) 市町村民税の賦課状況
- (4) 年金の受給状況及び受給金額等
- (5) 特別障害者手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、福祉手当（経過措置）等の受給状況

令和 年 月 日

(申請者) 住所.....和歌山県日高郡日高川町大字.....

氏名.....

保護者.....