

同 意 書

山添村長 殿

私は、自立支援医療費の支給認定に関する申請をするにあたり、山添村住民福祉課職員が私及び私の世帯員の収入について、税務会計課の所管する課税台帳等の村民税関係公簿及び住民福祉課の所管する生活保護受給者台帳を閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

住所 山辺郡山添村大字 _____

氏名 _____

保護者（世帯主）氏名 _____

(申請者が18歳未満の場合は保護者(世帯主)氏名の自署が必要です。)

○ご本人にお聞きします。 ※どちらかに○をつけてください。

①障害年金か遺族年金を受給していますか？ (はい・いいえ)

※①で「はい」に○をつけた方へお聞きします。

②年金の種類は何ですか？ (障害年金・遺族年金)

③山添村住民福祉課職員が情報連携システムを利用して、加入医療保険情報を閲覧することに同意しますか？ (はい・いいえ)