山添村障害福祉関係事業に係る同意書

山添村長　様

私は、障害福祉関係事業の申請、支給決定、利用者負担額の決定その他必要な事務を行うため、山添村職員が関係公簿等を閲覧し、又は情報連携により確認することに同意します。

【対象制度（該当するものに☑）】
☐ 障害福祉サービス
☐ 障害児通所支援
☐ 補装具費支給制度
☐ 自立支援医療（更生・育成・精神通院）
☐ その他（　　）

【同意事項】
(1) 住民基本台帳
(2) 村民税課税台帳その他税務関係公簿
(3) 生活保護受給状況
(4) 加入医療保険情報
(5) 公的年金（障害年金・遺族年金等）の受給状況
(6) その他制度利用に必要な公簿等

令和　　年　　月　　日

【申請者】
住所　山辺郡山添村大字＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※18歳未満の方は保護者の署名をもって申請者署名に代えることができます。

【世帯主（保護者と異なる場合のみ記入）】
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【公的年金受給状況（該当するものに☑】※自立支援医療の申請時のみ記入
☐ 受給している　☐ 受給していない
※受給している場合
☐ 障害年金　☐ 遺族年金　☐ その他（　　）

※本同意書は、山添村が実施する障害福祉関係事業の事務処理に使用します。
※世帯構成、住所、加入保険等に変更があった場合は、速やかに届け出てください。