

## 障害者自立支援医療特別対策費支給認定に係る同意書

私は、障害者自立支援医療特別対策費支給認定申請にあたり、その認定(毎年度更新を含む。)のために、私及び私の世帯員(同一健康保険加入者)の収入につき市の保有する課税台帳等の市民税関係公簿、市・福祉事務所の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

また、市町村民税関係公簿及び生活保護受給者台帳が貴市以外の市町村・福祉事務所にある場合には、関係書類について所持している市町村・福祉事務所から貴市に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

令和 年 月 日

福知山市長 様

(申請者) 住所 福知山市

氏名 印 (記名押印または自筆による署名)

保護者氏名 印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名押印または自筆による署名が必要です。)

承諾者(同一健康保険加入世帯員)

氏名	続柄	住所

※住所は申請者と住所地が違う場合のみ記載ください。