

# 同 意 書

(宛先) 京都市長

平成 年 月 日

私は、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請にあたり、その認定のため、京都市職員が私及び本同意書に記載した者の、収入状況確認のために課税台帳等の市民税関係公簿を、国民健康保険・後期高齢者医療保険の加入状況確認のために保険資格関係公簿を閲覧することについて同意します。

(申請者)住所 京都市 区

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(受診者が18歳未満の場合、保護者の記名押印が必要です。)

下記のとおり、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入されている方について、記入欄に記名押印してください。

国民健康保険に加入…加入者全員（中学生以下の者を除く）

社会保険・共済組合に加入…被保険者と受診者

後期高齢者医療に加入…受診者、及び受診者と同一住所で後期高齢者医療に加入する者

## 記入欄

フリガナ 氏 名 (生 年 月 日)	続柄	調査 同意	住 所	
			個 人 番 号	
(大正・昭和・平成 年 月 日生)	本人	(印)	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
(大正・昭和・平成 年 月 日生)		(印)	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
(大正・昭和・平成 年 月 日生)		(印)	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
(大正・昭和・平成 年 月 日生)		(印)	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
(大正・昭和・平成 年 月 日生)		(印)	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	

※ 生活保護世帯の場合、この同意書は不要です。