

同意書

(宛先) 京都市長

令和 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・所得・保険の加入状況確認のために市民税関係公簿、保険資格関係公簿等を閲覧することについて同意します。

同意者 住所 京都市 区
(受診者)

氏名（記名押印又は署名） 印

(受診者が18歳未満の場合、保護者の記名押印又は署名が必要です。)

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、記入欄に押印又は署名してください。

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、及び受診者と同じ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	(印又は署名) 調査同意	住所
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)	本人		<input type="checkbox"/> 上記住所に同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)			<input type="checkbox"/> 本人住所に同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)			<input type="checkbox"/> 本人住所に同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)			<input type="checkbox"/> 本人住所に同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)			<input type="checkbox"/> 本人住所に同じ

※ 生活保護世帯の場合、この同意書は不要です。