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
（受診者）　住所 京都市　　区

氏名

（受診者が18歳未満の場合，保護者の氏名）

下記の記入欄に，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，記入欄に記載し，同意確認欄の□にレ印を記入してください。

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

氏名（フリガナ） （生年月日）	続柄	同意確認欄	住所 個人番号
（大正・昭和 平成・令和　年　月　日生）	本人	□	□上記住所に同じ
（大正・昭和 平成・令和　年　月　日生）		□	□本人住所に同じ
（大正・昭和 平成・令和　年　月　日生）		□	□本人住所に同じ
（大正・昭和 平成・令和　年　月　日生）		□	□本人住所に同じ
（大正・昭和 平成・令和　年　月　日生）		□	□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。