

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・年金受給状況確認のために市民税関係公簿、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿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

(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	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ
(大正・昭和 平成・令和 年 月 日生)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ

※ 生活保護世帯の場合、この同意書は不要です。