様式第６号（第６条関係）

年　　月　　日

西原町長　　殿

同　意　書

下記の申請につき、受給者及び世帯員の住民税課税状況、並びに受給者の障害基礎年金等公的年金の受給状況、特別障害者手当等（障害を支給事由とする手当）の受給状況及び資産の保有状況を確認するため、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

また、下記の申請についてマイナンバー（個人番号）が必要となる場合、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

記

申請事項　１．自立支援医療給付申請（更生医療・育成医療・精神通院）給付申請
２．重度心身障害者（児）医療費受給資格者認定申請
３．日常生活用具給付等申請
４．補装具交付（修理）申請
５．障害福祉サービス（介護給付、訓練等給付等）に関する申請
６．地域生活支援事業に関する申請
７．その他（　　）

以上

（受給者署名欄）

※受給者を含む世帯員全員の住所、氏名をご記入ください。
（医療保険の被保険者が別世帯にいる場合は、その方も含みます。）

住　所	氏　名
	印
	印
	印
	印
	印