

同意書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために、広陵町保健衛生課職員が私及び私の世帯員の収入につき広陵町税務課の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿・健康福祉課の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

(申請者) 住所 奈良県北葛城郡広陵町

氏名 _____ 印 (自署または記名捺印)

保護者氏名 _____ 印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の自署または記名捺印が必要です。)

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名	印	生年月日	続柄	住所

記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、申請者住所・氏名

(保護者氏名)欄は、提出分すべてにご記入ください。