

# 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

(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

| フリガナ<br>氏 名<br>(生 年 月 日)         | 続柄 | 同意<br>確認<br>欄            | 住 所                                       |
|----------------------------------|----|--------------------------|---|
|                                  |    |                          | 個 人 番 号                                   |
| .....<br>(大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生) | 本人 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 上記住所に同じ<br>..... |
| .....<br>(大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生) |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 本人住所に同じ<br>..... |
| .....<br>(大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生) |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 本人住所に同じ<br>..... |
| .....<br>(大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生) |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 本人住所に同じ<br>..... |
| .....<br>(大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生) |    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 本人住所に同じ<br>..... |

※ 生活保護世帯の場合、この同意書は不要です。