

同意書

障害者総合支援法における自立支援医療費を受給するため、つくば市長が、住民登録資料、税務資料、その他必要な事項について各関係機関に調査、照会、閲覧し、必要に応じて申請書類を補正することに同意します。また、提出した診断書に、不備があった場合、医師への照会及び追加記載を行うことに同意します。

年 月 日

●申請者

フリガナ	
氏 名	(印)
生年月日	
住 所	

〔障害年金・特別障害給付金・遺族年金等の受給 (有・無)〕
 転入の方のみ→〔施設(グループホーム含む)入所 (有・無)〕
 施設名 ()

※代理人申請の場合は、以下の□にチェックのうえ、この欄に必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 自立支援医療支給認定申請を次の者に委任します。	
住所	電話番号
氏名	続柄

●同一保険の加入者

(フリガナ) 氏 名 (印)	住 所			
生年月日				
(フリガナ) 氏 名 (印)	住 所			
生年月日				
(フリガナ) 氏 名 (印)	住 所			
生年月日				
(フリガナ) 氏 名 (印)	住 所			
生年月日				
市記載欄 ◆年金等の種類〔障害年金・特別障害給付金・遺族年金〕 ◆年金額確認書類の添付 (有・無) ◆80万円以上の申し出		特記事項		
本人	番号確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> なし <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>身元確認
<input type="/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 保険証・受給者証	代理人	代理権の確認 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同居 続柄 ()	代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 保険証・受給者証
受付・交付	審査	決裁		
(確認状況) 訪看・ケアの指示 () 生保受給 有・無 ()	入力	チェック(1)	チェック(2)	