

同 意 書

精神障害者保健福祉手帳【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律】及び自立支援医療（精神通院医）【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律】を利用するにあたり、次の事項について同意します。

（同意する項目に○をつけてください。）

（ ）①課税情報等の取得に関する同意

私及びは私の世帯員等（健康保険の加入状況による。）の市区町村民税の課税情報並びに私の年金及び生活保護の受給状況に関する情報等を各関係機関に照会すること。

（ ）②転入前自治体が保有する情報の取得に関する同意

医師の診断書又は意見書及び精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）受給者証に係る情報等を転入前自治体等に照会すること。

令和 年 月 日

申請者

住所 _____

氏名 _____

あて先 宮代町長

【確認事項】 ※ご記入ください。

1 障害年金の受給状況 [有 ・ 無]

[有]の場合

(1) 国民年金 1 級 ・ 2 級

(2) その他厚生年金等 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級（受給額 _____ 円／ 2 か月 ・ 年）

2 その他収入 [有 ・ 無]

[有]の場合

(1) 遺族年金（ _____ 円／年）

(2) その他 （ _____ 円／年）