同意書

障害者総合支援法に基づく自立支援医療の申請にあたり、私及び私の属する世帯員の 収入状況や課税状況を確認することに同意いたします。

令和〇年 **〇**月 **〇**日

申請者住所 大田原市〇〇123-45

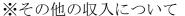
申請者氏名 大田原 太郎

(障害者本人)

大田原市長 様

障害年金の受給の有無について〇をつけてください。

受給をしている場合には、等級と年間 の金額を記入してください。



		年金手当の種類	金額(年額)
年 金	有無	障害年金2級	00万 円
手 当	有・無		円
その他	有・無		円