

# 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。

※その他の収入について

|   | 年金手当の種類       | 金額 (年額)      |
|---|---------------|--------------|
| 年金 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | <b>障害年金2級</b> | <b>〇〇万</b> 円 |
| 手当 <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無           |               | 円            |
| その他 <input type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無          |               | 円            |