

同 意 書

私は、福祉医療制度（重度心身障害者医療事業・重度心身障害老人健康管理事業）の認定にかかる審査に際して、下記のことにご同意します。

記

- 1 障害者福祉課が保有する障害者手帳の交付決定情報を保険事業課に提供すること。
- 2 私と私の住民基本台帳上同一世帯員の公簿（課税台帳等）を保険事業課が閲覧すること。

年 月 日

京丹後市長 様

住 所

氏 名

同一世帯員

氏 名	続 柄