

同意書

(自立支援医療(精神通院))

年 月 日

八雲町長 様

同意者 住 所
(受診者)
氏 名

(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

障害者自立支援法の自立支援医療(精神通院)の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認(照会)することに同意します。

また、貴市町村の確認(照会)に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

1 確認(照会)事項

保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請等にあって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。

(注) 標準様式とし、必要に応じて変更して差し支えない。

(世帯とは、加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者、国民健康保険の場合は一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。)

- 1) 1月～6月に申請の方は前の年の1月1日、7～12月に申請の方は今年の1月1日に住民票があった市町村をご記入ください。

3 あなたの「世帯」は、市町村民税を課税されていますか。 はい・いいえ・わからない
※未申告方は必ず申告してください

4 自立支援医療を受診する方（18歳未満の場合、児童と同じ医療保険に加入されている方）は、非課税年金を受給されていますか。

なし	・	あり	【障 害 年 金】	①
なし	・	あり	【遺 族 年 金】	②
なし	・	あり	【その他（ ）】	③

- なし ・ あり【 特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当 】