

同意書(兼) 収入額申告書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定調査のために、私及び私と同じ医療保険に属する世帯員全員について、市(町村)担当職員が、市(町村)の保有する以下の情報を閲覧することに同意します。

- (1) 個人番号
- (2) 生活保護の受給の有無
- (3) 国民健康保険の加入資格の有無、加入している場合には国民健康保険上の世帯の状況
- (4) 市町村民税の賦課状況
- (5) 特別障害者手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、福祉手当(経過措置)の受給状況

なお、障害年金等非課税の収入については下記のとおりですので、添付書類と併せて申告します。

| | |
|-----------------------|----|
| 収入の有無(どちらかに○をしてください。) | |
| ある | ない |

↓ 収入の金額などを下の表に記入して下さい。

| 収入の種類 | 障害年金 | その他(遺族年金など) |
|------------------|---|--|
| 金額 | 円(月額・年額) | 円(月額・年額) |
| 添付書類(いずれかの提出が必要) | <input type="radio"/> 裁定通知書(年金の支払開始年月や年金額が記載されているもの) <input type="radio"/> 年金が振り込まれている通帳の写し(コピー) | <input type="radio"/> 収入の時期や金額が明らかになる書類等 |

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____

令和 年 月 日

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。(同一医療保険加入者)

| 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 続柄 | 住所 |
|----------|------|----|------|
| | | | |
| | | | 個人番号 |
| | | | |
| | | | 個人番号 |
| | | | |
| | | | 個人番号 |
| | | | |
| | | | 個人番号 |
| | | | |
| | | | 個人番号 |