

# 同意書

令和 年 月 日

(あて先) 茂原市長

私は、自立支援医療の申請に必要な住民基本台帳、税情報、年金等給付情報及び生活保護情報等の閲覧に同意します。また、自立支援医療の利用に関し必要となる情報（有効期限、自己負担上限月額等）について、指定医療機関などの関係機関に提供することについて同意します。

申請者 住所 茂原市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※申請者は本人（18歳未満は保護者名）

## 【収入等申告事項】

- 生活保護を受給していますか。 [ はい ・ いいえ ]
- 申請者の方(18歳未満の場合は、保護者)は下の表の給付を受けていますか。 [ はい ・ いいえ ]
- 受けている給付の種類と金額を記入してください。

年金等の種類	( )年1月～12月の合計金額
障害年金 ____級 ( 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 不明 )	円
遺族年金( 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 不明 )	円
特別児童扶養手当	円
障害児福祉手当	円
特別障害者手当	円
労災等による障害補償給付及び障害給付等	円

- 令和 年 1 月 1 日時点の住所がおかれていた場所は茂原市ですか。

[ はい ・ いいえ → ( 都道府県 市区町村 ) ]

(職員記入欄)

保 険 (○をつける)	健保・国保・後期・共済・その他 ( )	
保険世帯主名	本人 ・ 本人以外の方 ⇒ ( )	擬 主

( ) 年度

所得確認を 要する方の名前	年齢	市民税 所得割額	市民税 均等割額	合計所得金額	給与・年金等 合計収入額
保険世帯主 (擬主は必要なし)					

結果	低1・低2・中間1・中間2・一定以上
前回	低1・低2・中間1・中間2・一定以上