

同意書(収入に関する申出書)

令和 年 月 日

伊達市長 様

同意者 住所 伊達市
(受診者)

氏名 印
(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援医療の申請に必要なときは、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

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

(以下は非課税世帯のみ)

自立支援医療の支給認定申請に当たって、私の世帯は市民税非課税世帯であり、かつ、私の昨年収入状況は次のとおりであることを申し出ます。

- 障害基礎年金などを受給している方は、給付を受けたものを○で囲み、年金証書、給付決定通知書など金額がわかる書類のコピーを添付してください。

- | | | |
|----------------|-------------|------------|
| 1) 障害基礎年金(級) | 2) 障害厚生年金 | 3) 障害共済年金 |
| 4) 遺族基礎年金 | 5) 遺族厚生年金 | 6) 遺族共済年金 |
| 7) 特別児童扶養手当 | 8) 障害福祉手当 | 9) 経過的福祉手当 |
| 10) 特別障害者手当 | 11) 特別障害給付金 | 12) 障害保障給付 |
| 13) 年金生活者支援給付金 | 14) その他() | |

※年金証書、給付決定通知書などの金額がわかる書類の提出ができない場合

私は、自立支援医療の支給認定申請に当たり、年収を証明する書類を提出することが困難なことから、自己負担限度額区分が「低所得Ⅱ(月額上限5,000円)」として決定されることに□
異議ありません。

申請者氏名 印 □

- 上記3の収入の無い方

右欄に○を記入してください。→上記の収入はありません。