

同意書及び収入申告書

年 月 日

総社市長 様

申請者 (受診者が 18 歳未満のときには、保護者となります。)

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日

大正・昭和・平成

年

月

日

私は自立支援医療費（精神通院・更生医療・育成医療）支給申請に当たり、医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・健康保険加入状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況の調査について、貴市で調査すること並びに貴市が日本年金機構、県等に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

◇1 医療保険の「世帯構成」について、保険の種類に○印を付けた上、下記に記載してください。なお、国保及び後期高齢者以外の医療保険では、被保険者のみ記載してください。生活保護では、○印のみで結構です。

医療保険の「世帯構成」

保険の種類

生活保護・後期高齢・国保・その他社会保険

氏 名	続柄	課税状況（市記入欄）	氏 名	続柄	課税状況（市記入欄）
		非・課（ ）			非・課（ ）
		非・課（ ）			非・課（ ）
		非・課（ ）			非・課（ ）

◎ 保険証等の写しを添付してください。

◇2 医療保険の「世帯」の所得が、市町村民税非課税の方（未申告の方も含む）は、 年の申請者の年間収入について、下記に申告してください。本人が 18 歳未満のときは、保護者の収入となります。保護者が両親の場合、両親ともに申告してください。

収入申告書（本人または保護者）

未申告

◎未申告の方は、チェックしてください

収入の種類	年間収入額		
	本人氏名	本人が 18 歳未満のとき	
		保護者氏名	保護者氏名
	()	()	()
1.合計所得金額	円	円	円
2.公的年金	円	円	円
3.その他 ()	円	円	円

◎ 年金、特別児童扶養手当等については振込通知書等収入額がわかるものの写しを添付してください。

資料で確認できない場合の市記入欄

市意見欄（該当の番号に○印をつけて、意見を書いてください。年金等の収入は添付された資料で確認するのが原則です）

1.	未申告だが非課税とみなす意見（低所得 2 とみなす場合）
2.	未申告だが非課税とみなす意見（例外的に低所得 1 とみなす場合）
3.	非課税の方のうち 80 万円以下の収入で添付書類がない場合の意見（例外的に低所得 1 とみなす場合）

上記のとおり確認しました。

印