

同意書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療(精神)の所得区分認定のために下記事項について、市(町)長が調査することに同意します。また、申請に対する決定内容について申請書に明記した医療機関等へ情報提供することに同意します。

- ①所得に関すること
- ②住民基本台帳に関すること
- ③医療保険に関すること
- ④生活保護に関すること
- ⑤中国残留邦人支援法に関すること

年 月 日

市(町)長 様

申請者 住 所 東彼杵郡波佐見町 郷 番地

氏 名 _____

※加入している医療保険(以下どれかにチェック)

☐国保 ☐後期高齢 ☐協会けんぽ ☐共済組合 ☐生活保護
☐その他()

申請者と医療保険を同一にする者	(申請者との関係)
住 所	()
氏 名	
住 所	()
氏 名	
住 所	()
氏 名	
住 所	()
氏 名	
住 所	()
氏 名	

裏面に続く

収入申告書(本人についてののみ)

(受診する方が18歳未満の場合には、その保護者の収入についてご記入ください。)

私の前年1月から12月までの収入について、下記のとおり申告します。
(ただし、申請月が4月・5月・6月の場合は、上記「前年」を「前々年」とする。)

記

I 下記の1～3で該当するものに○をする。

1. 年金収入がある 2. 手当等その他の収入がある 3. 収入は全くない

II 「1」に該当される方

年金の種類 等級 老 齢 ・ 障 害 ・ 遺 族 年金 級

年金収入額 _____ 円

※障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・特別障害給付金・障害を事由に支給される
労災による年金等、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金を受給している方は、年金証書
または振込通知書の写しを添付してください。

Ⅲ 「2」に該当される方

特別児童扶養手当 ・ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過の福祉手当
給与 ・ 賃金 ・ 作業所工賃 ・ 仕送り ・ その他()

収 入 額 _____ 円

※収入額がわかる書類の写しを添付してください。(ただし、給与・賃金は除く。)

IV 「3」に該当される方

()の扶養になっている