

同意書

申請者である私および下記の者は、自立支援医療費支給認定申請において、中央本町地域・保健総合支援課長および各保健センター長が、以下の事項を確認することに同意します。

私および世帯員の

①住民基本台帳 ②住民税課税台帳 ③国民健康保険資格台帳
④後期高齢者医療被保険者資格情報 ⑤生活保護受給状況
⑥中国残留邦人等帰国者支援金受給状況 ⑦精神障害者保健福祉手帳資格情報

また、足立区の調査又は報告要求に対し、官公署や医療機関等が報告することについて、私たちが同意している旨を相手側に伝えること、および官公署や医療機関等の問い合わせに対し、業務範囲内の内容に限り足立区が回答することに同意します。

なお、①本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意すること、②今回申請する事務処理について、申請者は家族（生計同一者）の同意のほか、委任を得ていることを申し添えます。

申請者 (同意者) ※申請者が 18歳未満の 場合申請者 は保護者	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日			
	住 所	足立区		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		

申 出 書

私は、令和6年中に公的年金・障害年金・特別児童扶養手当 等 を

1. 受けている

☐ 老齢年金・共済年金等(障害年金を除く)

[年額 円]

☐ 障害年金(障害基礎・障害厚生・障害共済 等) 1級・2級・3級

[年額 円]

☐ 特別障害給付金 1級・2級

[年額 円]

☐ 遺族年金(遺族基礎・遺族厚生・遺族共済 等)

[年額 円]

☐ 特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当 等

[年額 円]

2. 受けていない

3. わからない

※1～3の該当するものに○をし、年額を記入してください。

※同意者（同一世帯）は、所得判定の対象者を記入する（加入している医療保険により異なる）
国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合…同一保険の加入者全員
社会保険・共済保険…保険の被保険者（本人の場合は同一世帯の記入不要）
生活保護…同一世帯の記入不要

※同意者（同一世帯）が2名以上いる場合は、以下に記入する。

同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		
同意者 (同一世帯)	氏 名 (フリガナ)	()		
	生 年 月 日		申請者との続柄	
	住 所	□申請者と同一住所につき省略		

※同意者（同一世帯）は、所得判定の対象者を記入する（加入している医療保険により異なる）

国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合…同一保険の加入者全員
社会保険・共済保険…保険の被保険者（本人の場合は同一世帯の記入不要）
生活保護…同一世帯の記入不要