

同意書 兼 収入に係る申立書

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の規定に基づく自立支援医療費の支給認定に必要となる次の者の住民基本台帳、国民健康保険等の加入状況及び所得・課税状況に係る情報について、甲斐市担当部署が調査又は利用し、山梨県に提出することに同意します。なお、以上の内容については、下記の者の承諾を得ています。

また、申請者の非課税収入について、下記のとおり相違ないことを申し立てます。該当がある場合は、金額が確認できる書類を添付します。

令和 年 月 日

甲斐市長 保坂 武 様

住所 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____

【同一健康保険加入者】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は申請者本人と被保険者を記入してください。

氏名	生年月日	続柄	住所
	昭和 平成 令和 年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

【申請者の非課税収入】

該当欄に○印をつけ、金額がわかる書類（振込通知書、通帳等）を添付してください。

1. 次に記載される年金、または手当等は受給していません				
2. 障害年金	3. 遺族年金	4. 寡婦年金	5. 特別障害 給付金	
6. 特別障害者 手当	7. 障害児 福祉手当	8. 経過的 福祉手当	9. 特別児童 扶養手当	
10. 障がい事由に支給される労災による年金（前払一時金を含む）				