

同 意 書

檀原市福祉事務所長

私は、自立支援医療の支給認定申請に際し、私と同一の『世帯※』に属する者の市民税、国民健康保険資格及び後期高齢者医療保険資格に係る情報並びに児童扶養手当、特別児童扶養手当及び生活保護等の受給状況について照会されることに同意します。

また、自立支援医療の申請状況及び受給資格に関する医療機関からの照会に対して、檀原市が回答することに同意します。

また、本申請に係る、審査に必要な個人番号について、職員が検索し、記載することに同意及び委任します。さらに、本申請に係るすべての関係者に上記事項を了承済です。

※ 自立支援医療の受診者と同じ医療保険に加入している方全員が『世帯』に含まれます。

日 付	令和 年 月 日
住 所	檀原市
氏 名	
保護者氏名 (18 歳未満の場合)	

非課税世帯の方のみご記入ください。

○年金を受給していますか？（ はい ・ いいえ ）

○年金の種類は？ （ 老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ）

○年金の年間受給額は？ （ 80万円以下 ・ 80万円超 ）



受給しているすべての年金振込通知書又は改定通知書の写しを添付してください。

*紛失・処分等で手元にない場合は、年金事務所等で再発行を受けてください。

* 1～6月申請の場合、前々年の年金収入がわかるもの

7～12月申請の場合、前年の年金収入がわかるもの

*年金振込通知書等の写しの添付がない場合、「年金収入が80万円超」と同じく自己負担上限額が5,000円となります。

*年金と他の給与所得、営業所得等との合計が80万円を超える場合は、自己負担上限額が5,000円となります。

※虚偽の申請が発覚した場合は、この申請の却下又は認定の取消をする場合があります。

申請書提出者（受診者以外の方が提出された場合ご記入ください。）

氏 名		受診者との関係	
住 所	☐ 受診者と同じ（記入省略可） 〒 電話番号 ()		

受給者証の受け取り方法について

☐ 窓口交付

☐ 郵送交付（普通郵便で送付します。郵送途中で受給者証がなくなった場合、再交付申請が必要です。再交付まで3週間程かかります。）

受付担当：_____