

自立支援医療

同 意 書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、

- ① 所得区分認定のために下記事項について、長与町長が調査することに同意します。
 - ・所得課税状況に関すること
 - ・住民基本台帳に関すること
 - ・加入医療保険に関すること
- ② 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、個人番号を利用することに同意します。
- ③ 自立支援医療事務を円滑に行うため、決定内容を指定医療機関に通知することについて同意します。

令和 年 月 日

長与町長 吉田 慎一 様

申請者 住 所

氏 名

申請者と医療保険を同一にする者

※住所は同上でも可

(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

住 所

()

氏 名

□町確認欄
・本人提出の場合
□番号確認
□身元確認
・代理人提出の場合
□代理人の身元確認
□代理権の確認
□本人の番号確認

自立支援医療費（更生医療・精神通院） 収入状況届

受給者氏名 _____

（※受給者が18歳未満であり、収入がない場合は、保護者名を記入し、
保護者の収入についてお答え下さい。）

私の令和 年中の収入は次のとおりです。

（令和 年1月～令和 年12月までに支給されたもの）

※令和 年中の収入について該当する項目に○をつけてください。

○申告状況（申告済・未申告）※扶養にはいられていない方

1. 収入なし
2. 障害基礎年金 1級・2級を受給している。
(該当する等級に○印をしてください)
3. 障害厚生年金 等級（ 級） 年額（ 円）
4. 遺族年金 年額（ 円）
5. 特別児童扶養手当（ 円）
6. 障害児福祉手当または特別障害者手当（ 円）
7. その他（給与・アルバイト）を受給している 年額（ 円）

※ 2. 3. 4. 5. 6. の方は、金額がわかる年金振込通知書等の書類の写し又は通帳の写しを添付していただきますようお願いします。