

同意書及び収入申告書

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

明治・大正

生年月日 昭和・平成 年 月 日

自立支援医療費（更生医療）の支給申請にあたり、申請者及び医療保険の世帯に係る所得・課税状況、手当等受給状況（生活保護受給状況含む）、医療保険加入状況、年金受給状況の調査について、調査すること並びに年金事務所や県等関係機関に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

1 医療保険の種類（該当する□にチェックを付けて下さい。） 国民健康保険 後期高齢者医療 国保以外の健康保険 生活保護医療券**2 医療保険の「世帯」構成**（同一医療保険に加入されている方を記入してください。）

氏名	続柄	氏名	続柄
個人番号		個人番号	
	本人		

3 収入申告書（2の世帯が市民税非課税世帯の場合、申請者の収入を記入してください。）

収入の種類	年金や手当等の具体的な名称（例）障害年金	金額 *年額
年金	障害年金（基礎・厚生・共済）・老齢年金（基礎・厚生）	円
手当		円
その他		円

※ 収入が確認できる書類を添付してください。

（証書・振込み通知書や入金される通帳等のコピー）