

同 意 書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療（精神通院）の所得区分認定のために下記事項について、市長が調査することに同意します。また、申請に対する決定内容について、申請書に明記した医療機関等へ情報提供することに同意します。

- 所得課税状況に関する事
- 医療保険に関する事
- 収入に関する事
- 生活保護等に関する事
- 住民基本台帳に関する事

令和 年 月 日

雲仙市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

{
 1月1日の住所が上記と異なる場合は記入
 （申請が1～6月の場合は前年、7～12月の場合は本年の1月1日住所）
 住 所 _____

申請者と医療保険を同一にする者	（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	

※以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

※医療保険を同一にする者の1月1日の住所が、現住所と異なる場合は欄内に二段（上段：現住所、下段：1月1日住所）で記入。（申請が1～6月の場合は前年、7～12月の場合は本年の1月1日住所）

裏面に続く

自立支援医療費（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ください。）

私の _____ 年中の収入は次のとおりです。

※ _____ 年中の収入について該当する項目に○をつけてください。

1. 収入なし
2. 障害基礎年金 1級・2級・3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を添付していただきますようお願いします。