

同意書

自立支援医療費の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の市区町村民税の課税状況、生活保護受給者台帳、国民健康保険等の加入状況、年金等の受給状況について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

____年 ____月 ____日

住 所 朝霞市 _____

(署名又は記名押印)

氏 名 _____ ⑩

朝霞市長 宛

自立支援医療収入状況申告書

この申告書は、同じ医療保険に加入している家族全員の市区町村民税が非課税の場合に、受給者本人（受給者が18歳未満の場合は保護者）のことに付いて記入してください。

年度（ 年 1～12月における受給者本人の収入及び手当について
（受給者が18歳未満の場合は、保護者の収入及び手当）

1 給料等による所得金額

合計所得金額	円
--------	---

2 年金収入に関する事項

該当するものにレ点をつけ、年間受給金額を記入してください。

年金等の種類	年間受給金額
<input type="checkbox"/> 老齢年金	円
<input type="checkbox"/> 障害年金（ 1級 2級 3級 ）	円
<input type="checkbox"/> 遺族年金	円
<input type="checkbox"/> 寡婦年金	円
<input type="checkbox"/> 特別障害給付費	円
<input type="checkbox"/> 労災等による障害補償	円
<input type="checkbox"/> 年金は受給していない	円

3 各種手当に関する事項

該当するものにレ点をつけ、年間受給金額を記入してください。

手当の種類	年間受給金額
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当（ 1級 2級 ）	円
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	円
<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	円
<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	円
<input type="checkbox"/> 手当は受給していない	円

合計所得金額	円
--------	---

上記のとおり申告します。

受給者（又は保護者）氏名

年 月 日
