

住所：

申請者氏名

受診者名をお願いします。
受診者が18歳未満の時は、3枚複写の申請書の保護者の欄と同一の人になるように。

(申請者は、受診者が18歳未満のときは保護者、それ以外は受診者です。)

【調査・確認への同意について】

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく医療を受けたいので、世帯の住民基本台帳・課税状況・生活保護状況・国保状況・年金受給状況・特別児童扶養台帳等を閲覧することに同意します。

なお、この調査・確認にあたり、私が属する世帯構成員の同意を得ています。

令和 年 月 日 久慈市長 様

下表の記入にあたり、裏面【世帯調書 記入上の注意点】をご確認ください。

世帯構成員 氏名等	被保険者 (○印を記入)	生活保護又は 支援給付受給の 有無 ※2	市町村民税非課税世帯の 該当・非該当の状況		受診者本人 (保護者)の収入額	市町村民税 所得割額	【市町村記入欄】 左欄の確認方法
			世帯構成員	世帯			
(受診者本人氏名)			<input checked="" type="checkbox"/> 課税				<input type="checkbox"/> 被保険者証の写し
(申請者本人・保護者氏名・生年月日)			<input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯である ことがわかる書類の写し
年 月 日			<input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 支援給付受給世帯である ことがわかる書類の写し
(保護者氏名・生年月日)		<input type="checkbox"/> 該当					<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯で とがわかる書類
年 月 日							<input type="checkbox"/> 市町村民税額の課税状況 の書類
(世帯員氏名・生年月日)		<input type="checkbox"/> 非該当					<input type="checkbox"/> 市町村民税の扶養控除の わかる書類
年 月 日							より確認
(世帯員氏名・生年月日)							
年 月 日							
(世帯員氏名・生年月日)							
年 月 日							
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							

赤線内のみ記入で良いです。

受診者が18歳未満の時に青線内に記入。

この同意書にはマイナンバー不要です。

【社保で被保険者本人の場合】
(受診者本人氏名)の欄のみ記入。

【社保で誰かの扶養になっている人】
(受診者本人氏名)と、
(世帯員氏名・生年月日)欄に記入。

【受診者が18歳未満の場合】
(受診者本人氏名)と、
父・母どちらも記入ですが...、
受診者と同一保険の場合は
上部青線内・(申請者本人・保護者氏名・生年月日)
と
(保護者氏名・生年月日)

受診者と異なる保険の場合は
下部青線内・(受診者と異なる医療保険に加入する保
護者)に氏名を記入。

【国保・後期高齢の場合】

【備考欄】

※1 市町村においては、本同意書兼世帯調書の写しを県保健所に進達する書類に添付願います。
※2 他の市町村で生活保護を受給している方は、この同意書を提出する必要はありません。(ただし、生活保護を受給していることがわかる書類を提出してください。)