

所得等調査に対する同意書兼世帯調査

支給を受ける方が18歳以上:本人の氏名

申請者住所:

申請者氏名:

(受診者が18歳未満のときには、保護者)

受診者氏名:

記載年月日: 令和 年 月 日

【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、医療保険の世帯、保護者に係る税状況・生保状況・国保状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の調査について、貴市に依頼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も得ています。

支給を受ける方が18歳以上:本人の氏名

申請者氏名:

印

令和 年 月 日

久慈市長 様

下表の記入にあたり、別紙【世帯調査 記入上の注意点】をご確認ください。

Table with 7 columns: 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 世帯構成 世帯, 受診者本人(保護者)の収入額, 市町村民税所得割額, 【市記入欄】左欄の確認方法. Includes rows for (受診者本人), (申請者本人・保護者), (保護者), and (受診者と異なる医療保険に加入する保護者).

(上記の合計金額)

【備考欄】(※3 <<注>>)

※1 市町村においては、本同意書兼世帯調査の写しを県保健所に進達する書類に添付願います。
※2 ○市町村以外の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、○○市町村以外の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。)
※3 「個人番号(①)及び申請者の身元(②)」を確認できるものが必要です。(例:「個人番号カード(①②)」、「通知カード(①)+運転免許証又はパスポート等の公的機関が発行した顔写真入りの書類(②)」)。(顔写真入りの書類がない場合は、保険証、年金手帳等の書類が2つ以上必要)
<<注>> 個人番号の記載や確認を拒否された場合は、その経過を備考欄に記入願います。(例:申請者が記載拒否)