

所得等調査に対する同意書兼世帯調査

申請書提出者ではなく、受診者名をご記入ください。
受診者が18歳未満の時は、申請書の保護者氏名と同一の方のお名前をご記入ください。

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。

申請書提出者ではなく、受診者名をご記入ください。
受診者が18歳未満の時は、申請書の保護者氏名と同一の方のお名前をご記入ください。

申請者氏名： _____

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。

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	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	【市記入欄】 左欄の確認方法
		※3	世帯 員	世帯			
(受診者本人)		赤枠内のみご記入ください。	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 被保険者証の写し <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 <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
(申請者本人・保護者)							<input type="checkbox"/> 社会保険加入者でご自身が被保険者の方 赤枠内は受診者本人欄のみご記入ください。 【社会保険加入者で扶養を受けられている方】 受診者本人欄にご記入のうえ、世帯員欄には被保険者のみご記入ください。 【受診者が18歳未満の場合】 受診者本人欄にご記入のうえ、保護者欄には父母双方の記名をお願いします。 ※受診者と同一保険の場合は上部青枠内、 受診者と異なる保険の場合は下部青枠内にご記入ください。
(保護者)							<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であることがわかる書類 <input type="checkbox"/> 市町村民税額の課税状況がわかる書類 <input type="checkbox"/> 市町村民税の扶養控除の状況がわかる書類 <input type="checkbox"/> 職権により確認
(個人番号) ※3							<input type="checkbox"/> その他
(世帯員) <input type="checkbox"/>							
(個人番号)							
(世帯員) <input type="checkbox"/>							
(個人番号)							
(世帯員) <input type="checkbox"/>							
(個人番号)							
(世帯員) <input type="checkbox"/>							
(個人番号)							
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							
(個人番号)							
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							
(個人番号)							

(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)