



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。

印

(申請者は、受診者が18歳未満のときには保護者,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、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	世帯構成員	世帯			
(受診者本人氏名)		赤線内のみ記入で良いです。		<input type="checkbox"/> 非課税				<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)		受診者が18歳未満の時に青線内に記入。		<input type="checkbox"/> 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
大・昭・平 年 月 日		<input type="checkbox"/> 該当						<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)		この同意書にはマイナンバー不要です。						町村民税非課税世帯で ることがわかる書類
大・昭・平 年 月 日		【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。						町村民税額の課税状況 わかる書類
(世帯員氏名・生年月日)		【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。						町村民税の扶養控除の 況がわかる書類
大・昭・平 年 月 日		【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...、						権により確認
(世帯員氏名・生年月日)		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)						他
大・昭・平 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。						
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)								
大・昭・平 年 月 日								
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)								
大・昭・平 年 月 日								

【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。)