

同意書(兼) 収入額申告書

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定調査のために、私及び私と同じ医療保険に属する世帯員全員について、日高川町担当職員が、町の保有する以下の情報を閲覧することに同意します。

- (1) 個人番号
- (2) 生活保護の受給の有無
- (3) 国民健康保険の加入資格の有無、加入している場合には国民健康保険上の世帯の状況
- (4) 市町村民税の賦課状況
- (5) 特別障害者手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、福祉手当(経過措置)の受給状況

なお、障害年金等非課税の収入については下記のとおりですので、添付書類と併せて申告します。

収入の有無(どちらかに○をしてください。)	
ある	ない

↓ 収入の金額などを下の表に記入して下さい。

収入の種類	障害年金	その他(遺族年金など)
金額	円(月額・年額)	円(月額・年額)
添付書類(いずれかの提出が必要)	<input type="checkbox"/> 裁定通知書(年金の支払開始年月や年金額が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 年金が振り込まれている通帳の写し(コピー)	<input type="checkbox"/> 収入の時期や金額が明らかになる書類等

(申請者) 住所 日高郡日高川町大字

氏名 _____

保護者氏名 _____

令和 年 月 日

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。(同一医療保険加入者)

氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	住所
			個人番号
			個人番号
			個人番号
			個人番号
			個人番号