

# 同 意 書

(自立支援医療(精神通院))

恵庭市長 様

	日付	平成 年 月 日
同意者 (受診者)	住所	〒 ー
(受診者が 18歳未満の 場合は保護者)	氏名	印

障害者自立支援法の自立支援医療(精神通院)の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認(照会)することに同意します。

また、貴市町村の確認(照会)に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

## 記

### 1 確認(照会)事項

保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

### 2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。

※事務処理欄

名 前 (続 柄)	課税、所得・収入状況等		
本 人	課税 所得割	円 / 非課税 収入金額	円 (所得) 円 (年金収入、障害年金含む) 円 (その他)
( )		/ 資料なし (扶養・未申告・転入・その他)	
( )	課税 所得割	円 / 非課税 / 資料なし (扶養・未申告・転入・その他)	
( )	課税 所得割	円 / 非課税 / 資料なし (扶養・未申告・転入・その他)	
	所得割合計	円	