

同意書 兼 世帯状況申立書《自立支援医療費（更生医療）》

私は、自立支援医療費（更生医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員が私及び私の世帯員の収入状況につき、課税台帳等の市町村民税関係公簿、生活保護受給者台帳、また、国民健康保険・後期高齢者医療の加入状況につき、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿を閲覧及び申請証明受領することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

また、転入の場合は、自立支援医療給付に係る診断書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

吹田市長 あて

年 月 日

【申請者（受診者）】

氏名 _____

住所 _____

【同一医療保険の他の世帯員】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

| 氏名 | 生年月日 | 受診者との続柄 | 住 所 |
|----|------------------|---------|--|
| | T・S・H・R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |
| | T・S・H・R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |
| | T・S・H・R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |
| | T・S・H・R 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |

【市町村民税における18歳までの控除対象扶養親族】

今回閲覧する上記世帯員の市町村民税において、当該市町村民税の対象となる年の12月31日時点で18歳までの扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）がいる場合、下記に記入してください。

| 氏名 | 生年月日 | 扶養者氏名 | 住 所 |
|----|----------------|-------|--|
| | 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |
| | 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |
| | 平成・令和 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ (個人番号) |

【申請者(受診者)の収入】

① 公的年金収入・・・あり・なし

| 年金の種類 | 等 級 | 昨年1年間の金額 |
|-------|-----|----------|
| | 級 | 円 |
| | 級 | 円 |
| | 級 | 円 |

※年金の種類：障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、特別障がい給付金、障がいを事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等の公的年金
※当該年金証書の写し、振り込み通知書の写しを添付してください。

② 手当等・・・あり・なし

| 手当の種類 | 昨年1年間の金額 |
|----------|----------|
| 特別障がい者手当 | 円 |
| 特別児童扶養手当 | 円 |
| その他() | 円 |