

自立支援医療費(精神通院)支給認定に係る同意書

私は、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請にあたり、所得区分認定のために、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、その他必要な関係公簿を閲覧することについて同意します。

また、関係公簿等が貴市町村以外にある場合には、関係資料について所持している市町村・福祉事務所・年金事務所等から貴市町村に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年 月 日

市町村長 様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ (自署)

保護者氏名 _____ (18歳未満の場合に記入ください。)(自署)

1. 承諾者(同一健康保険加入世帯員：国民健康保険及び後期高齢者医療の場合は全員。社会保険の場合は、本人及び被保険者)

氏 名	続 柄	住 所

※ 住所は申請者と住所地が違う場合のみ記載ください。

2. 直近の市町村民税課税所得における18歳以下の世帯員(1.の方で18歳以下の扶養親族がいる場合記入してください。)

扶養者氏名	被扶養者氏名	生年月日 (年齢)	住 所