

同意書及び収入申告書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

申請者（受診者が 18 歳未満のときには、保護者となります）

氏 名 _____
生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所 倉敷市 _____

自立支援医療費（精神通院）支給申請に当たり、医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険加入状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況の調査について、倉敷市で調査すること並びに倉敷市が年金事務所、県等に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

◇1 医療保険の「世帯構成」について、保険の種類に○印を付けた上、下記に記載してください。なお、国保及び後期高齢者以外の医療保険では、被保険者のみ記載してください。生活保護では、○印のみで結構です。

医療保険の「世帯構成」			保険の種類	生活保護・後期高齢・国保・国保組合・その他社会保険		
氏 名	続柄	課税状況（市町村記入欄）	氏 名	続柄	課税状況（市町村記入欄）	
		非・課（ ）			非・課（ ）	
		非・課（ ）			非・課（ ）	
		非・課（ ）			非・課（ ）	

◎ 保険証等の写しを添付してください

◇2 医療保険の「世帯」の所得が、市町村民税非課税の方（未申告の方も含む）は、令和 年中 の申請者の年間収入について、下記に申告してください。本人が 18 歳未満のときは、保護者の収入を申告してください。

収入申告書（本人または保護者）			
収入の種類	年間収入額		
	本人氏名 ()	本人が 18 歳未満のとき	
		保護者氏名 ()	保護者氏名 ()
1.合計所得金額	円	円	円
2.公的年金	円	円	円
3 障がい年金	円	円	円
4.その他 ()	円	円	円

◎ 年金（障がい年金・遺族年金等）、特別児童扶養手当等については振込通知書等収入額がわかるものの写しを添付してください

ここから下の欄には記入しないでください

市町村意見欄（該当の番号に○印をつけて、意見を書いてください。年金等の収入は添付された資料で確認するのが原則です）

1.	未申告だが非課税とみなす意見（低所得 2 とみなす場合）
2.	未申告だが非課税とみなす意見（例外的に低所得 1 とみなす場合）
3.	非課税の方のうち 80 万円以下の収入で添付書類がない場合の意見（例外的に低所得 1 とみなす場合）

上記のとおり確認しました。