

同意書

自立支援医療費(精神通院)支給決定、精神障害者保健福祉手帳交付に必要なときは、貴福祉事務所が、私及び私の世帯の医療保険の加入状況、収入及び資産の状況、課税状況、病状及び障害の状況などについて関係者、関係機関に照会し、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

住所

氏名

下妻市福祉事務所長 殿

※自治体記入欄

課税情報	<input type="checkbox"/> 同一世帯分あり <input type="checkbox"/> 同一世帯分不足⇒該当者の課税・非課税証明書
------	---

※非課税世帯の場合のみ記入

本人収入	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
収入の種類	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金（ 1 級 ・ 2 級 ） <input type="checkbox"/> 遺族年金⇒通帳等の写し <input type="checkbox"/> 障害厚生年金⇒通帳等の写し <input type="checkbox"/> 特別障害者等手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当
収入額	円*1月から12月分
確認書類	<input type="checkbox"/> 振込通知書 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他（市にある書類等）