**同　　意　　書**

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療費(更生医療)の支給認定のために必要な事項（収入、所得、課税及びマイナンバー、住民基本台帳、生活保護受給者台帳、医療保険、その他の必要に応じた事項）について、諫早市福祉事務所長が調査することに同意します。

年　　　月　　　日

諫早市福祉事務所長　様

申請者　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名

|  |
| --- |
| 申請者と医療保険を同一にする者　　　 　　　　 　　（申請者との関係） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |

※以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

（裏面あり）

**自立支援医療費（更生医療）　収入状況届**

**受給者氏名**

**（※受給者が１８歳未満であり、収入がない場合は、保護者名を記入し、保護者の収入**

**についてお答え下さい。）**

**私の令和　　　年中の収入は次のとおりです。**

**（申請する月が１月～６月までは前々年、７月～１２月までは前年です）**

**※該当する項目に〇をつけてください。**

**１．　収入なし**

**２．　障害基礎年金　１級・２級・３級　を受給している。**

**（該当する等級に○印をしてください）**

**３．　障害厚生年金　等級（　　級）　年額（　　　　　　　　円）**

**４．　遺族年金　年額（　　　　　　　円）**

**５．　特別児童扶養手当　（　　　　　　　円）**

**６．　障害児福祉手当または特別障害者手当　（　　　　　　　円）**

**７．　工賃（　　　　　円）・仕送り（　　　　　　円）がある。**

**８．　国民年金・厚生年金等を受給している。**

**９．　その他（給与・アルバイト）を受給している。年額（　　　　　円）**

**※　２、３、４の方は、金額がわかる年金振込通知書等の書類の写し**

**を添付していただきますようお願いします。**