

## 入等申告書兼同意書

申告年月日: 令和 年 月 日

## 【同意欄】

● 障害福祉サービスの利用等の申請にあたり、認定事務に必要な項目（世帯構成、市民税の税額、健康保険加入状況及び納付状況、要介護認定、年金受給状況等）の調査を行うことに同意します。また、個人番号による照会を行うことに同意します。

サービス利用者氏名: \_\_\_\_\_

## 【各種受給状況等申告欄】

生活保護の受給	令和5年1月1日現在の居住地	各種年金の受給	障害支援区分の認定
<input type="checkbox"/> 受給していません	<input type="checkbox"/> 船橋市	<input type="checkbox"/> 受給していません	<input type="checkbox"/> 認定を受けていません
<input type="checkbox"/> 受給しています <input type="checkbox"/> 船橋市 船橋市以外で受給している方は下記に受給している自治体をご記入ください	<input type="checkbox"/> 他の市区町村 下記にお住まいだった自治体をご記入ください	<input type="checkbox"/> 受給しています 下記に受給している年金についてご記入ください	<input type="checkbox"/> 認定を受けています <input type="checkbox"/> 船橋市 船橋市以外で認定を受けた方は下記に認定を受けた自治体をご記入ください
都道府県 市区町村	都道府県 市区町村	年金の名称 障害年金（1級・2級） 老齢年金 遺族年金 その他（ ）	都道府県 市区町村
_____ 都道府県 _____ 市区町村 ( _____ 区)	_____ 都道府県 _____ 市区町村 ( _____ 区)	年金の種類 国民年金 厚生年金 共済年金 その他（ ） ※共済年金の場合はご記入ください 組合名（ ）	_____ 都道府県 _____ 市区町村 ( _____ 区)

## 職員確認欄

16歳以上19歳未満(※)の扶養親族の数 (※H16. 1. 2~H19. 1. 1生まれの方)	_____ 人	<input type="checkbox"/> 課税 負担額区分変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 非課税
現在提出しているセルフプランの継続	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません (利用サービスの変更、もしくは計画相談への変更を希望される方は、障害福祉課へご連絡ください Tel:436-2343)		