同意書

私および同一保険加入者は、自立支援医療受給者証交付に伴う負担上限額の確定にあたり必要な項目（市町村民税課税状況、住民票、生活保護受給状況、国民健康保険資格状況等）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。

令和　　年　　月　　日

申請者　※申請者は受給者本人（**18 歳未満の場合は保護者**）です

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　船橋市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① 生活保護の受給の有無

☐受給しています　　**→②以降のご記入は不要です**

☐船橋市

☐他自治体（＿＿＿＿＿＿都 道 府 県＿＿＿＿＿＿市 区 町 村(＿＿＿＿＿＿区）

☐受給していません　　**→「※②、③について」をお読みいただき、②、③をご回答ください。**

※②、③について　申請月によりご記入いただく内容が異なります。下記をご確認の上ご記入ください。

申請月	月

→申請月が 1 月～6 月の方

②	**前年** 1 月 1 日現在の住民票所在地
③	**前々年** 1 年間の収入

→申請月が 7 月～12 月の方

②	**今年** 1 月 1 日現在の住民票所在地
③	**前年** 1 年間の収入

② 同一保険加入者の状況 （保険の種類： ☐社会保険（共済含む） ☐国民健康保険 ☐後期高齢者）

同じ保険に加入されている方についてご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	1 月 1 日現在の住民票所在地（船橋市以外の方は記入）	
			都道府県	市区町村
（被保険者）				
（被扶養者）				
（被扶養者）				
（被扶養者）				
（被扶養者）				

③ 非課税収入の状況 ※受診者が 18 歳未満の場合は保護者の収入

以下の非課税収入（障害年金等）についてお答えください。

種類	金額（年額）
障害年金	円
遺族年金	円
その他（※）	円

（※）その他にあたる収入

特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当

経過的福祉手当、労災等に基づく障害補償 等

※年金生活者支援給付金、傷病手当金は含みません