

同意書

狭山市長

私は、自立支援医療費（育成医療）支給に係る申請にあたり、その認定のために、障がい者福祉課職員が、私及び私の世帯員の収入につき、狭山市の保有する課税台帳等の市民税関係公簿・生活保護受給者台帳・国民健康保険資格関係公簿、または必要に応じて他の関係公簿を閲覧することに同意します。

閲覧の結果、市民税非課税世帯である場合には、受給者に係る収入の状況が確認できる資料を提出することに同意します。

また、転入の場合は、自立支援医療費支給に係る意見書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年 月 日

(申請者) 住 所 狭山市 _____
 フリガナ _____ 受診者との続柄 _____
 氏 名 _____ 印 () _____
 (自署もしくは記名押印)

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	受診者との 続 柄	住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)
(受診者)	年 月 日	本人 (受診者)	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

- * 上記には、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する方をすべて記載してください。
- * 閲覧した課税状況等により、狭山市長が自立支援医療費の負担上限額を決定します。
- * 市町村民税非課税世帯（生活保護世帯を除く）の場合は、裏面についても記載してください。

年金収入額等記入欄 ※ 市町村民税非課税世帯(生活保護世帯を除く)の場合は以下ご記入ください。

受診者の保護者の収入についておたずねします。下記に保護者の氏名を記載し、質問の該当項目に○をつけてください(保護者全員についてそれぞれ記載してください)。

「ある」と答えた方については、①～⑯の中で、支給されている年金や手当名の□にチェックして、年額を記入し、その金額のわかる書類(年金証書、振込通知書等)のコピーを申請書とあわせて提出してください。

保護者氏名		()	()
* ①～⑯の年金や手当で支給されているものがありますか? (いずれかに○)		ある ・ ない	ある ・ ない
収入の種類		年 額	年 額
課税対象となる年金など	① <input type="checkbox"/> 老齢基礎年金	円	円
	② <input type="checkbox"/> 老齢厚生年金	円	円
	③ <input type="checkbox"/> 退職共済年金	円	円
	④ <input type="checkbox"/> 一時恩給以外の恩給(ただし、遺族恩給を除く)	円	円
	⑤ <input type="checkbox"/> 過去の勤務により会社などから支払われる年金	円	円
	⑥ <input type="checkbox"/> 適格退職年金契約による年金など	円	円
	⑦ <input type="checkbox"/> その他の課税対象となる年金など ()	円	円
課税対象となる年金などの合計額 (ア)		円	円
課税対象とならない年金・手当など	⑧ <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金(級)	円	円
	⑨ <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金	円	円
	⑩ <input type="checkbox"/> 寡婦年金	円	円
	⑪ <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される一時金(障害手当金等) ()	円	円
	⑫ <input type="checkbox"/> 特別障害給付金	円	円
	⑬ <input type="checkbox"/> 労災(障害を事由に支給されるもの)	円	円
	⑭ <input type="checkbox"/> 特別障害者手当	円	円
	⑮ <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	円	円
	⑯ <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	円	円
	⑰ <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	円	円
⑱ <input type="checkbox"/> その他の課税対象とならない年金・手当等 ()	円	円	
課税対象とならない年金・手当などの合計額 (イ)		円	円

以下については、障がい者福祉課職員が、同意書等に基づき市町村民税課税状況を確認します。

市民税算定基礎となる合計所得 (ウ)	円	円
(ア)+(イ)+(ウ)の金額 ※	円	円

※ 生活保護を受給していない市民税非課税世帯の場合は、この金額が80万円以下かどうかによって、「低1」と「低2」のどちらに該当するかを決定します。