

## 世帯状況及、課税状況調査及び代理申請に係る同意書

(自立支援医療(育成医療))

年 月 日

可 児 市 長 様

### 【同意書(委任者)】

氏名

住所

私は、下記事項について同意します。

障害者総合支援法に伴う各種申請に必要な世帯状況及び市町村民税課税状況を確認するため、下記の個人情報を可児市担当部局職員が調査することに同意します。

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 1 世帯状況      | 住民基本台帳又は住民記録システムによる調査 |
| 2 市町村民税課税状況 | 市町村県民税課税台帳による調査       |

		世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	扶養対象者(※3)	扶養者世帯員番号	同一医療保険加入者(※4)	備考
1	受診者の属する世帯構成員(※1)	受診者(自立支援医療を必要とする児童)	本人					/	
2		保護者(※2)							
3									
4									
5									
6									
7									

※1.「世帯構成員」には、受診者本人と生計を一にしている者、本人を含めて全員を記載してください。(住所の異なる世帯構成員を含む)

なお、世帯構成員以外で現に受診者本人に対して扶養を行っている扶養義務者がいる場合は、合わせて記載してください。

※2.「保護者」の欄には、受診者が国民健康保険の場合は生計中心者、国民健康保険以外の場合は被保険者を記入してください。

※3.扶養対象となっている者(所得税の控除対象外の者も含む:例 16歳未満扶養、その他扶養等)については「扶養対象者」欄に○を付け、「扶養者世帯員番号」欄にその対象者を扶養している者の世帯員番号を記入してください。

※4.受診者と同一の医療保険に加入している者については「同一医療保険加入者」欄に○を付してください。

障害者総合支援法に伴う申請に必要な手続きについて、下記代理人に委任します。

### 【代理人】

氏名		委任者と続柄	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
住所			

