

# 同意書

(自立支援医療(精神通院))

年 月 日

深川市長 様

同意者 住所 \_\_\_\_\_

(受診者) 氏名 \_\_\_\_\_

(利用者が18歳未満の場合は、保護者)

障害者総合支援法の自立支援医療(精神通院)の申請に必要なときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認(照会)することに同意します。また、貴市町村の確認(照会)に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

## 記

### 1 確認(照会)事項

保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

### 2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。

## 課税・収入状況確認票

□新規 □更新 □変更

|      |       |
|------|-------|
| 受理日  | 年 月 日 |
| 診断日  | 年 月 日 |
| 有効期限 | 年 月 日 |

### ○医療保険の種類

□国民健康保険・・・「世帯」→受診者が属する世帯

□一般 □退職(本人) □退職(家族)

□その他の保険・・・「世帯」→受診者が属する医療保険の被保険者 □手帳同時申請

□被用者保険(本人) □被用者保険(家族) □後期高齢者 □生活保護 □変更届あり

保険名 \_\_\_\_\_

### ○「世帯」の課税・収入の状況

ない場合、「0」を記入 市民税が非課税の場合、本人の収入を確認 ※道民税を含まない

| 続柄 | 氏名   | 令和 年度 市民税 |     | 年金収入 | その他の収入 |
|----|------|-----------|-----|------|--------|
|    |      | 所得割       | 均等割 |      |        |
| 本人 | 被保険者 |           |     |      |        |
| 本人 | 被保険者 |           |     |      |        |
| 本人 | 被保険者 |           |     |      |        |
| 本人 | 被保険者 |           |     |      |        |
| 本人 | 被保険者 |           |     |      |        |

その他の収入・・・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、給与など

### ○今回確認事項

□1 生活保護

□2 市民税非課税・・・□80万≧本人収入 □本人収入>80万

□3 市民税課税・・・所得割「世帯」合算額 円 □均等割のみ

3.3万未満→中間1 23.5万未満→中間2 23.5万以上→一定以上