同　　意　　書

（宛先）東温市長

私は、私に係る自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院医療）の認定に関する手続きのため、私及び私と医療保険上同一の「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の医療保険の加入状況等を調査することに同意します。

年　　月　　日

（申請者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申　　出　　書

（宛先）東温市長

私は、私に係る自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院医療）の支給認定申請をするにあたり、私及び私と医療保険上同一の「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）は、市町村民税非課税世帯であり、かつ、私の前年（自立支援医療を受ける日の属する月が１月から６月である場合はその前々年）の収入は次のとおりです。

①　公的年金等（※１）、特別児童扶養手当等（※２）の状況

※１　□ア．障害基礎年金　□イ．障害厚生年金　□ウ．障害共済年金
　　□エ．遺族基礎年金　□オ．遺族厚生年金　□カ．遺族共済年金
　　□キ．その他（　　）　□ク．受給なし

※２　□ア．特別障害者手当　□イ．障害児福祉手当　□ウ．経過的福祉手当
　　□エ．特別児童扶養手当　□オ．その他（　　）
　　□カ．受給なし

※１、※２の受給がある場合には、受給額のわかる書類の写しを添付してください。

②　その他の収入の状況

□なし

□あり　　収入の内容（　　）年額（約　　万円）

以上のとおり、相違ないことを申出ます。

年　　月　　日

（申請者）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿