

どういしょ 兼 せたいじょうきょうもうしでしょ じりつしえんいりょうひ せいしんつういん 大阪府
同意書 兼 世帯状況申出書《自立支援医療費（精神通院）》

わたしは、自立支援医療費（精神通院）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員が私及び私の世帯員の収入状況につき、課税台帳等の市町村民税関係公簿、生活保護受給者台帳、また、国民健康保険・後期高齢者医療の加入状況につき、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿を閲覧及び申請証明受領す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。

また、転入の場合は、自立支援医療給付に係る診断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。

(申請者) 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____ (申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名が必要です。)

【同一健康保険加入世帯員】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

しめい氏名	せいねんがっぴ生年月日	ねんれい年齢	ぞくがら続柄	じゅうしょ住所
	年 月 日		本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

【市町村民税における18歳までの扶養親族】

今回閲覧する上記世帯員の市町村民税において、当該市町村民税の対象となる年の12月31日時点で、18歳までの扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）がいる場合、下記に記入してください。

ひふようしゃしめい被扶養者氏名	せいねんがっぴ生年月日	ねんれい年齢	ふようしゃしめい扶養者氏名	じゅうしょ住所
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ