

同意書 兼 世帯状況申出書（自立支援医療・精神通院用）

宮崎市長 殿

私は、自立支援医療費（精神通院）支給申請にあたり、医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険加入情報・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況について、実施機関が官公署その他関係機関から情報の提供を受けて調査することに同意します。

令和 年 月 日

申請者：

印

保護者：

印

※申請者が18歳未満の場合は保護者を記入してください。

住 所：

【同一健康保険加入世帯員】

宮崎市以外の国民健康保険・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。

※宮崎市の国民健康保険・後期高齢者医療、生活保護の方は記入不要です。

※世帯員は申請時点の世帯員。住所は申請月の属する年（1月から6月までは前年）の1月1日時点の住所を記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	住所（市町村名まで）・個人番号
			本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	R・H・S・T 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号（ ）
	R・H・S・T 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号（ ）
	R・H・S・T 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号（ ）
	R・H・S・T 年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号（ ）

確認したらチェック →

