

同意書（保険・税確認等）

私および同一保険加入者は、障害者総合支援法第52条の規定による自立支援医療の受給資格等の確認に必要な項目（保険加入状況、市民税の課税状況等）の調査・照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所 柏市
(18歳以上は本人, 18歳未満は保護者) 氏名

① 健康保険の種類（該当するものに○を記入）

国保（柏市）／国保（柏市以外）／後期高齢者／社保／共済
／健保協会／その他（ ）

② 被保険者・同一保険加入者の状況

		氏名（被保険者に☑）	続柄	備考
1	対象者	<input type="checkbox"/>	本人	
2	同一 保険 加入者	<input type="checkbox"/>		
3		<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>		
5		<input type="checkbox"/>		

③ 申請者の障害年金等の受給の有無（該当するものに☑を記入）

障害年金 遺族年金 各種手当等※1 受給無し

※受給しているものがある場合は、金額が分かる振込通知書、又は預金通帳の写しの添付が必要です。

※申請日が6月30日までは前々年分、7月1日以降は前年分を確認します。

※1 各種手当等：特別障害者手当，障害児福祉手当，特別児童扶養手当，福祉手当（国），傷病手当 等