新規・再認定・変更

同　意　書　兼 世帯状況申出書

自立支援医療費（精神通院）支給申請にあたり、都城市が私及び私の世帯員に係る　　所得・課税に関する状況、生活保護の受給状況、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、年金受給情報、その他の手当等の受給状況について調査・確認すること、並びに必要に応じて個人番号を利用し調査を行うことについて同意します。

また、登録する指定医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)から自立支援給付に関する内容について問い合わせがあった場合、情報を開示することに同意します。

令和　　年　　月　　日　←窓口提出日を記入

都城市長　あて

申請者住所　都城市

申請者氏名　受診者　(受診者が 18 歳未満の場合は保護者)

(署名もしくは記名押印)

同一健康保険加入世帯員　社会保険は「本人と被保険者」のみ、国民健康保険と後期高齢者医療は「同一保険加入者全員」記入して下さい。

	申請月が１月～６月：前年の１月１日の居住地 申請月が７月～12 月：今年の１月１日の居住地	福祉課担当記入欄
受診者本人	生年月日（S・H・R　年　月　日）	□被　□主　□員 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） 年金（　　円） □補助簿照会 確認年度（R　　年度）
□社保 □国保 □18 歳 （氏		□被　□主　□員　□旧　□擬 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
□国保 □18 歳 （氏		□主　□員　□旧　□擬 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
国保同 （氏		□員　□旧 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税 □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
国保同 （氏		□員　□旧 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税 □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
国保同 （氏		□員　□旧 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税 □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）

別紙【同一健康保険加入世帯記入方法】を参考に、御記入下さい。

裏面も御記入下さい

受給者証の受け取り　□ 福祉課　□（　　）支所　□ 病院（　　）

年金・各種手当等に関する受給状況

前年中（１月～６月に申請の場合は前々年）に以下の手当てや年金を受給されていますか？
該当する□すべてに☑を入れて下さい。
※受診者が１８歳未満の場合は、保護者全員の受給状況についてお答えください。

□障害年金　※支給機関にチェックを入れて下さい

□日本年金機構（障害年金／特別障害給付金）　□国家公務員共済組合連合会
□地方公務員共済組合　□全国市町村職員共済組合連合会
□日本私立学校振興・共済事業団
□その他（　　）（年間　　円）

□特別障害者手当（年間　　円）　□特別児童扶養手当（年間　　円）
□障害児福祉手当（年間　　円）　□遺族年金（年間　　円）
□経過的福祉手当（年間　　円）　□老齢年金（国民年金・厚生年金）

□その他（　　年金）（年間　　円）
□なし

いずれかにチェックを入れて下さい

◎マイナンバーチェック欄　（窓口届出時確認）

届出者	□本人　□代理人　□使者		
氏名		住所	
続柄		電話番号	
本人確認	番号確認	代理人本人確認	代理権確認
・個人番号カード ・運転免許証 ・健康保険証 ・手帳（身・知・精） ・その他 （　　）	・個人番号カード ・通知カード ・住基（職権）	・個人番号カード ・運転免許証 ・健康保険証 ・手帳（身・知・精） ・その他 （　　）	・委任状 ・健康保険証 ・手帳（身・知・精） ・住基 ・その他 （　　）
確認日		確認者	

……ここから下の欄は記入しないでください……

受け取り記入欄

受取日 令和　　年　　月　　日	続柄　　氏名	
本人確認書類　□個人カード　□通知カード　□免許証　□健康保険証 □手帳（精・知・身）　□その他（　　）		確認者

【同一健康保険加入世帯員記入方法】

同一健康保険加入世帯員　社会保険は「本人と被保険者」のみ、

世帯員	申請月が１月～６月：前年の１月１日の居住地 申請月が７月～12 月：今年の１月１日の居住地	福祉課担当記入欄
受診者本人	□ 都城市 □ その他（都道府県：　　市町村：　　） 個人番号（　　） 生年月日（S・H・R　年　月　日）	□被　□主　□員 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） 年金（　　円） □補助簿照会 確認年度（R　　年度）
□社保被保険者 □国保・後期高齢同一加入者 □18 歳未満保護者 （氏名） ①	申請が令和４年７月～令和４年１２月 ：令和４年１月１日の居住地 申請が令和５年１月～令和５年６月 ：令和４年１月１日の居住地 申請が令和５年７月～令和５年１２月 ：令和５年１月１日の居住地	□被　□主　□旧　□擬　□員 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
□国保同一加入者 □18 歳未満保護者 （氏名） ②	居住地が その他 の場合、都道府県名、市町村名、個人番号、生年月日を記載して下さい。	□員　□旧 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税　所得（　　円） □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）
国保同一加入者 （氏名） ③	※申請日に都城市民である方については、個人番号は未記入でもかまいません。 記入した世帯員全員☑確認をお願いします。	□員　□旧 □課税（　　円） □均等割 3500 円　課税 0 円 □非課税 □補助簿照会　□市内 確認年度（R　　年度）

同一健康保険加入世帯員に記載が必要な人

受診者本人の加入保険の種類	同一保険加入者	記載が必要な人
社会保険	受診者本人が被保険者	受診者本人のみ
社会保険	家族 A が被保険者 （受診者本人は家族 A の被扶養者）	受診者本人 家族 A（①に記載）
国民健康保険	受診者本人のみ	受診者本人のみ
国民健康保険	受診者本人 と 家族 B が 同じ国民健康保険に加入	受診者本人 家族 B（①に記載）
国民健康保険	受診者本人 と 家族 3 名 が 同じ国民健康保険に加入	受診者本人 家族 3 名全員（①～③に記載）
後期高齢者医療	受診者本人のみ	受診者本人のみ
後期高齢者医療	受診者本人と 家族 C が 同じ後期高齢者医療に加入	受診者本人 家族 C（①に記載）

※受診者が 18 歳未満の時には、保険の種類に関わらず保護者を① ②に記載して下さい。