※住民票登録地が市外の受診者・世帯員等はマイナンバーカードまたは住民票の写しの提出が必要です。

同 意 書

糸満市福祉事務所長 殿

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療の支給決定、自己負担額決定に係る、受診者及び世帯員の住民基本台帳、市民税課税状況、医療保険加入状況、受診者の障害基礎年金等の受給状況、その他必要な関係公簿を確認するため、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

個人番号等を提供またはシステムにおいて確認し、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（個人番号法）に規定される利用範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

《申請者》

住 所

氏 名

※申請者は受診者本人（18歳未満の場合は保護者）です。

《届出人》

（続柄： ）

◇下記についてご記入ください。

I 生活保護の受給の有無について

- 受給しています [糸満市 糸満市以外()] → II以降のご記入は不要です。
 受給していません

II 同一医療保険加入者の状況について

- 国保 [糸満市 糸満市以外()] 後期高齢 社保・共済()

受診者及び受診者と同一医療保険に加入されている方についてご記入ください。

※1 社保・共済の場合は、受診者と被保険者・組合員の記入のみで良いです。

※2 受診者が18歳未満の場合は、医療保険の同異に関わらず保護者の記入が必要です。

		氏 名	生年月日	住 所
受診者			大・昭・平・令 年 月 日	☐ 住所同上
	個人番号		(歳)	
受給者と同じ医療保険に加入している方全員 ※1 ※2	1		大・昭・平・令 年 月 日	☐ 受診者と同一医療保険の被保険者 ☐ 受診者と同じ世帯（住所同上）
	個人番号			
	2		大・昭・平・令 年 月 日	☐ 受診者と同じ世帯（住所同上）
	個人番号			
	3		大・昭・平・令 年 月 日	☐ 受診者と同じ世帯（住所同上）
個人番号				
4		大・昭・平・令 年 月 日	☐ 受診者と同じ世帯（住所同上）	
個人番号				
5		大・昭・平・令 年 月 日	☐ 受診者と同じ世帯（住所同上）	
個人番号				

※記入欄が足りないときは、複数枚にご記入をお願いします。その場合、提出分全ての申請者(届出人)欄のご記入をお願いします。

⇒ 裏面に続きます。

Ⅲ 受診者(18歳未満の場合は保護者)の年金受給の有無について

- 受給しています [老齢年金 障害年金 遺族年金]
 受給していません

① 障害年金を受給している方 [受診者 保護者(氏名: _____ 続柄: _____)]

② 遺族年金を受給している方 [受診者 保護者(氏名: _____ 続柄: _____)]

③ 受給している年金の実施機関について

☐ 日本年金機構	☐ 警察共済組合
☐ 国家公務員共済組合連合会	☐ 東京都職員共済組合
☐ 地方職員共済組合	☐ 全国市町村職員共済組合連合会
☐ 地方職員共済組合団体共済部	☐ 日本私立学校振興・共済事業団
☐ 公立学校共済組合	☐ その他(_____)

※「その他」の場合やマイナンバーカードの提示がない場合は、年金改定通知書、年金払込通知書または年金が振り込まれた口座の通帳の写しの提出が必要です。

Ⅳ 受診者(18歳未満の場合は保護者)の特別児童扶養手当等受給の有無について

- 受給しています [受診者 保護者(氏名: _____ 続柄: _____)]
 受給していません

① 受給している手当等の種類

☐ i 特別児童扶養手当	[☐ 1級 (_____ 名) ☐ 2級 (_____ 名)]
☐ ii 特別障害者手当	☐ iii 障害児福祉手当 ☐ iv 経過的福祉手当

※ i を受給している場合は、特別児童扶養手当障害認定通知書、有期再認定通知書または手当が振り込まれている口座の通帳の写しの提出が必要です。

※ ii ~ iv を糸満市以外で受給している場合は、手当が振り込まれている口座の通帳の写しの提出を求める場合があります。

※以下は職員記入欄

番号確認: ☐ 個人番号カード ☐ 個人番号付き住民票 ☐ その他 (_____)	
身元確認: ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 医療保険証 ☐ その他 (_____)	
【特定個人情報照会】 ☐ 開示 ☐ 非開示 [☐ 受診者 ☐ 被保険者 ☐ その他 (_____)]	
☐ 医療保険 [国保・後期・社保・共済(_____)] ☐ 生保 (_____)	
照会年度(R _____): ☐ 住民税 [(_____ 市・区・町・村) ☐ 受診者 ☐ 被保険者 ☐ その他 (_____)]	
照会年(R _____): ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金	
☐ 日本年金機構 ☐ 国家公務員共済組合 ☐ 地方職員共済組合 ☐ 地方職員共済組合団体共済部 ☐ 公立学校共済組合	
☐ 警察共済組合 ☐ 東京都職員共済組合 ☐ 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	
照会年(R _____): [(_____ 福祉事務所)] ☐ 特障手当 ☐ 障害児手当 ☐ 福祉手当	
(所得区分)	* 収入確認(低1・低2)
☐ 生保 : 生活保護世帯	・合計所得金額 円
☐ 低1 : 市町村民税非課税 収入80万円以下	・公的年金等の収入金額 円
☐ 低2 : 市町村民税非課税	・障害年金等の金額 円
☐ 中間1 : 市町村民税額(所得割)3万3千円未満	・特別児童扶養手当等の金額 円
☐ 中間2 : 市町村民税額(所得割)23万5千円未満	(合計金額) 円
☐ 一定以上 : 市町村民税額(所得割)23万5千円以上	