

同意書

市川市長

市川市障がい者支援課からの支給に係る事柄において、以下について同意します。

- ① 私及び私の世帯員若しくは同一医療保険加入者の市町村民税の課税状況、住民基本台帳の情報、医療保険への加入状況、年金・手当、公的扶助等の受給状況について、担当部署またはその他官公署(転入者の場合にあっては、転入前の自治体を含む)等に照会すること。
- ② 申請している内容について変更が生じた場合は、直ちに届け出ること。
- ③ 虚偽の申請をしないこと。
- ④ 必要とされる所得の申告状況、保険の加入状況が確認できない場合は不受理とすること。
- ⑤ 下記に記載した世帯員に情報照会をかけることにより、マイナポータル等で照会した事実を確認される可能性があること。

申請者及び配偶者等のマイナンバー制度による情報連携を**希望しない場合**はチェックしてください。 →

希望しない場合は、市の指定する年度の住民税課税証明書・医療保険の資格証明書等を提出していただきます。

① 受給者

①住民票に記載されている住所			
②実際に居住している住所	①と同じ場合は同上と記入		
③氏名			生年月日 S・H・R 年 月 日
④個人番号 (マイナンバー)			

② 受給者と同一医療保険に加入している方

世帯員 ①	氏名			生年月日 S・H・R 年 月 日
	個人番号			
世帯員 ②	氏名			生年月日 S・H・R 年 月 日
	個人番号			
世帯員 ③	氏名			生年月日 S・H・R 年 月 日
	個人番号			
世帯員 ④	氏名			生年月日 S・H・R 年 月 日
	個人番号			

③ 照会・情報連携に同意する給付制度(該当する制度にチェックしてください)

チェック欄	制度名
<input type="checkbox"/>	A 市川市精神障害者入院医療費助成
<input type="checkbox"/>	B 市川市重度心身障害者医療費助成