

同意書 兼 世帯状況申出書

大 阪 市 長

私は、自立支援医療費（育成医療）支給に係る申請にあたり、その認定のために、保健福祉センター職員及び保健所管理課職員が、私及び次の世帯員の課税台帳等の市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、国民健康保険・後期高齢者医療保険資格関係公簿、または必要に応じて他の関係公簿等を閲覧及び照会することに同意します。また、市民税非課税世帯である場合には、受給者に係る収入の状況が確認できる資料（※1）を提出することに同意します。転入の場合は、自立支援医療費支給に係る意見書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

令和 年 月 日

（申請者） 住 所 大阪市 区

フリガナ 受診者との続柄

氏 名 （ ）

下記には、受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する方を全て記載してください。
ただし、同じ医療保険に加入する全ての方が市町村民税非課税の場合、医療保険にかかわらず、保護者全員を記載してください。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年齢	続柄	住所（※2）
				個人番号（※3）
（受診者）	平成・令和 年 月 日		本人	
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			

（※1）収入の状況が確認できる資料とは、障がい年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障がい者手当・障がい児福祉手当・経過的福祉手当等の年金・手当等の年金証書の写し、振込通知書の写し等を言います。

（※2）申請者住所と異なる場合のみ記載してください。

（※3）行政手続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第2条第5項に規定する個人番号です。

今回、閲覧・照会する市税証明の扶養人員の中に 16 歳～18 歳の扶養親族がいる場合は、裏面にも記載してください。

今回、閲覧・照会を行う市税証明の扶養人員の中に、当該証明書の対象となる年の12月31日時点で、16歳～18歳までの扶養親族（以下、「特定扶養親族」と言う）が含まれている場合、記載してください。（16歳～18歳の扶養親族について、記載漏れ等があった場合、所得区分に影響が生じる場合があります）

特定扶養親族	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄
		平成・令和 年 月 日		
		平成・令和 年 月 日		
		平成・令和 年 月 日		

＜特定扶養親族の例示＞

治療開始月（※）	特定扶養親族となる可能性のある方
令和5年7月～令和6年6月	平成16年1月2日から平成19年1月1日までの間に生まれた方
令和6年7月～令和7年6月	平成17年1月2日から平成20年1月1日までの間に生まれた方
令和7年7月～令和8年6月	平成18年1月2日から平成21年1月1日までの間に生まれた方
令和8年7月～令和9年6月	平成19年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた方
令和9年7月～令和10年6月	平成20年1月2日から平成23年1月1日までの間に生まれた方

（※）今回、提出していただく自立支援医療（育成医療）意見書の「治療見込期間」の開始月