同意書

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医療及び福祉サービスを申請するにあたって、私及び扶養義務者の下記に係る事項について、官公署に調査を依頼し、又は関係人に報告を求めることに同意します。

記

- ・世帯，所得，課税に関する状況
- ・社会保険に関する状況
- ・行政庁から支給される各種手当，給付金等の状況
- ・マイナンバーに関すること

令和 年 月 日

申請者住所： _____

申請者氏名： _____ ⑩

※ 自署の場合は，押印不要

鹿 児 島 県 知 事
大 崎 町 長 } 殿

年金等収入状況 調査票（非課税世帯用）

- ・ 公的年金等の有無（1又は2のいずれかをマルで囲む）

	種 類	年 額 (円)
1 あり		
2 なし		

※ 障害年金，特別障害給付金，障害を事由として支給される労災による年金及び一時金，遺族年金，老齢年金について記入してください。ただし，生活保護世帯と市町村民税課税世帯の方は，本調査票に記入する必要はありません。

※ 受診者本人の年金等収入について記入してください。ただし，受診者が18歳未満の場合は保護者それぞれについて記入してください。

※ 老齢年金以外の年金等を受給されている場合は「年金等証書+振込先通帳の振込部分の写し」又は「年金等振込通知書の写し」を添付してください。

※ 年金等収入が年80万円以下で，特別障害者手当，障害児福祉手当，経過的福祉手当，特別児童扶養手当を受給されている方は，それらも記入してください。