

## 障害者家族状況報告書

障害者氏名： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

障害者住所：伊豆の国市 \_\_\_\_\_

※ 同一世帯内の家族全員について記入してください。

氏名	障害者との続柄	生年月日	入所施設・学校・勤務先等
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	

※裏面（所得調査同意書）の記入もお願いします。

## 資格認定における所得確認について

重度障害者（児）医療費助成の実施にあたり、受給資格認定には所得制限があるため、障害者（児）本人、同一世帯内の配偶者及びその扶養義務者（民法第 877 条第 1 項の規定）の前年の所得を確認する必要があります。

については、次により資格認定事務における所得調査への同意をお願いします。

-----  
伊豆の国市長 殿

年 月 日

### 同意書

次の者は、伊豆の国市重度障害者（児）医療費助成要綱に基づく事務手続きを処理するために、市役所担当職員が地方税関係情報について取得することを同意します。

障害者 氏名 \_\_\_\_\_

世帯員 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

(注)

- 1 同意をする者が自ら署名をすること。
- 2 中学生以下の者は、署名を省略できる。

※裏面（家族状況報告書）の記入もお願いします。