

## 世帯状況調査票

年 月 日現在

受診者 氏名		生年月日	年 月 日
住所	相模原市	電話番号	(     )     -

世帯の状況（同一の医療保険に加入している方全員を記入してください）

続柄	氏名	生年月日	収入の有無	住所（別居の場合）
本人		. .	有・無	
		. .	有・無	
	個人番号			
		. .	有・無	
	個人番号			
		. .	有・無	
	個人番号			
		. .	有・無	
	個人番号			

### 同意書

私(申請者)及び同一の医療保険に加入し、その保険料算定の対象となっている者は、自立支援医療の支給認定申請にあたり、支給決定及び自己負担上限額決定のために必要な個人情報の取り扱いについて、次のとおり同意しますか。

1 同意する事項

- |  |        |
|--|--------|
| (1)医療保険に加入している者の加入状況を確認すること              | はい・いいえ |
| (2)租税に関する公簿を閲覧すること                       | はい・いいえ |
| (3)特別児童扶養手当等の各種手当や障害年金等の公的年金の受給状況を確認すること | はい・いいえ |
| (4)生活保護受給状況を確認すること                       | はい・いいえ |

2 個人情報を取り扱う期間                      申請の日から支給決定の日まで

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

同一医療保険加入者

氏名 \_\_\_\_\_ ・ 氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ・ 氏名 \_\_\_\_\_