

承 諾 書

年 月 日

まんのう町長 殿

住 所

自立支援医療費
支給認定申請者

氏 名

受診者との続柄

㊞

自立支援医療費に係る申請にあたり、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第十二条の規定に基づき、必要事項についてまんのう町が調査・確認することを承諾します。

また、マイナンバーによる課税状況及び障害年金等の受給額についてまんのう町が調査・確認することを承諾します。

記

氏名		生年月日	印
受診者			
世帯員			

(注1) 受診者が国民健康保険加入者の場合は、同一の加入関係にある全員の者の氏名を、健康保険加入者の場合は、受診者と被保険者本人の氏名をご記入ください。

(注2) 自立支援医療費支給認定申請者氏名、受診者氏名、世帯員氏名は記入押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

次に該当する場合は、☐にチェックをつけてください。

☐	障害年金、遺族年金、寡婦年金などの非課税年金、特別障害給付金、労災の補償給付・障害給付又は障害者手当等の手当を受給している。
☐	寡婦（夫）控除等のみなし適用を申請する。