

## 同意書

精神障害者保健福祉法による精神障害者保健福祉手帳または障害者総合支援法による自立支援医療（精神通院医療）を利用するにあたり、下記の必要事項について調査することに同意します。

### ①課税状況の提供に関する同意

市区町村民税の課税に関する情報及びその他厚生労働省で定める給付並びに生活保護に関する情報等。

### ②転入前自治体保有情報の提供に関する同意

転入前自治体へ医師の診断書又は意見書、精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院）受給者証の情報等。

令和      年      月      日

あて先 松戸市長

申請者(本人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (      歳 )

18歳未満の方は  
年齢もご記入ください

(同一保険加入者)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (      歳 )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (      歳 )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (      歳 )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (      歳 )

### 【確認事項】 ※ご記入ください

#### 1. 障害年金の受給状況（令和7年1月1日～令和7年12月31日）

[ 有 ・ 無 ]

・国民年金      1      2      級

・その他厚生年金等      1      2      3      級

(受給額                      円 / 2ヶ月 ・ 年 )

#### 2. その他収入（令和7年1月1日～令和7年12月31日）

[ 有 ・ 無 ]

・遺族年金                      (                      円/年)

・手当等                      (                      円/年)

・その他                      (                      円/年)