

同意書

私及び私と同じ世帯に属する者は、精神障害者保健福祉手帳または自立支援医療費（精神通院）もしくはその両方に係る申請等のため、以下の事項に同意します。

- 1 住民税課税状況、住民票、マイナンバー、国民健康保険資格状況、その他必要事項について葛飾区が調査すること
- 2 マイナンバー情報連携により、住民税課税状況、生活保護受給状況、その他必要事項について葛飾区が調査すること

年 月 日

葛飾区長あて

本人氏名 _____

記入者氏名 _____ ☐ 同上

送付先申告書

精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療費（精神通院）受給者証それぞれの受取方法を①～⑨から1つずつ選び、☐にチェックをしてください。

	手帳	自立	
郵送	☐	☐	① 現住所地（申請書の「本人」または「受診者」記載の氏名・住所）
	☐	☐	② 申請書の「申請書を提出したもの」記載の氏名・住所
	☐	☐	③ 上記以外の住所 〒 _____ 宛名 _____
窓口	☐	☐	④ 健康プラザかつしか（保健所保健予防課）
	☐	☐	⑤ 新小岩保健センター
	☐	☐	⑥ 金町保健センター
	☐	☐	⑦ 水元保健センター
	☐	☐	⑧ 高砂区民事務所
	☐	☐	⑨ 堀切区民事務所
			お知らせ通知の宛先 〒 _____ 宛名 _____

その他給付申告書（自立支援医療費（精神通院）を申請する住民税非課税世帯の方のみ記入）

前年（または前々年）に障害年金または遺族年金を年間 82. 65 万円以上受給していましたか？

☐ 受給していた ☐ 受給していない