

<記入例>

承 諾 書

奈良市が、下記の申請に関する支給決定及び認定等のために必要があると認めるときは、私及び世帯全員の住民税の課税状況並びに公的年金の受給状況、世帯状況等の資料の提供等について、必要に応じて関係当局に依頼すること、他の関係公簿を閲覧すること、並びに必要に応じて個人番号を利用することについては異存ありません。

※1年以内に転入された方など事業の別（A、B、C）により別途税証明等が必要な場合があります。（裏面参照）

- ・ 障害福祉サービス（介護給付・訓練等給付） A
- ・ 障害児通所支援（児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・居宅訪問型児童発達支援） A
- ・ 特別障害者手当、障害児福祉手当 B
- ・ 補装具 B
- ・ 精神通院精神障害者医療費助成 C

以下の事業については、個人番号の利用は行いません。

- ・ 地域生活支援事業（移動支援事業・日中一時支援事業・訪問入浴サービス事業・重度障害者等就労支援特別事業） A
- ・ 軽度・中等度難聴児の補聴器購入の助成 A
- ・ 日常生活用具 B
- ・ NHK放送受信料の減免 B
- ・ 生計同一証明書 B

社保扶養の方で、初回及び8月以降分を初めて申請される場合は、提出が必要です。

令和 ○年 ○月 ○日

（宛先）奈良市長

住 所 **奈良市○○町○丁目○番○号**

氏 名 **奈良 花子**

（自署または記名押印）

（代筆者 氏名

加入医療保険の【被保険者】の方の住所・氏名をご記入ください。

続柄)

【記入いただく方（氏名等）について】

- | | | |
|--|---|--------------|
| ・ 対象者（ご本人）が18歳以上の方 | → | 対象者（ご本人） |
| ・ 対象者（ご本人）が18歳未満の方 | → | 対象者（ご本人）の保護者 |
| ・ 精神通院精神障害者医療費助成の申請において対象者（ご本人）が社会保険の被扶養者の場合 | → | 社会保険の被保険者 |

※裏面確認シートのご記入をお願いします。

☆①～⑤の事項は 『表面に記名いただいた方』 についてのご質問です。

① [生活保護を受給していますか]

☐ いいえ



☐ はい

※生活保護受給証明書の添付が必要です。

★質問はここまでです。

② [当年1月1日時点（※開始月(A)又は申請月(B)が1月～6月の場合は前年1月1日時点）で奈良市に住民票はありますか]

※Cについては、診療月が1月～7月の場合、前年1月1日時点。A、B、Cの区別は、表面の各事業に記載。

☐ はい



承諾書を記入してください。



☐ いいえ



※前住所地の税証明または個人番号による税情報の確認が必要です。

★質問はここまでです。

③ [どなたかの税法上の扶養親族となっていますか]

☐ はい



あなたを扶養している方のことを教えてください。

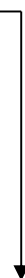
○氏名（ ）

○住所（ ）

○生年月日（ ）

★質問5へ進んで下さい。

☐ いいえ



④ [税の申告は済んでいますか]

☐ はい

☐ いいえ

※市民税課で申告が必要かご確認下さい。

⑤ [単身赴任や別居の配偶者はいますか]

☐ はい

☐ いいえ

その方の税証明または個人番号による税情報の確認が必要です。

☐ 氏名（ ）

☐ 続柄（ ）

☆⑥の事項は 『対象者（ご本人）』 についてのご質問です。

⑥ [どこかの施設で生活していますか]

☐ はい

☐ いいえ

☐ 障害者支援施設

☐ グループホーム

☐ 特別養護老人ホーム

☐ 老人保健施設

☐ 軽費老人ホーム

☐ ケアハウス

☐ その他（ ）