

同意書（障害者総合支援法・児童福祉法用）

介護給付費等・補装具費・計画相談支援・児童通所支援及び児童相談支援の支給決定並びに地域生活支援事業の利用・給付決定に関すること

介護給付費等・補装具費・計画相談支援・児童通所支援及び児童相談支援の支給決定並びに地域生活支援事業の利用・給付の決定を受けるために、住民基本台帳上の世帯の必要な者の公的年金等の収入、合計所得金額、固定資産税額、市民税額、国民健康保険税額、介護保険料、その他支給決定等に関する必要な情報等の調査、確認及び提供を行うことに同意します。

また、介護給付費等・補装具費・計画相談支援・児童通所支援及び児童相談支援の支給決定並びに地域生活支援事業の利用・給付決定に関する情報等を各事業所（補装具業者を含む。）に提供・取り寄せること、及び、転出・転入に伴う介護給付費等・補装具費・計画相談支援・児童通所支援及び児童相談支援の支給決定並びに地域生活支援事業の利用・給付決定に関する情報等（今後の相談支援及び支給決定等に必要と鹿島市が判断した相談記録等を含む）を、関係市町村間で提供・取り寄せることについても同意します。

自立支援医療費の支給認定に関すること

自立支援医療費の支給認定を受けるために、同じ医療保険に加入する者の公的年金等の収入、合計所得金額、市民税額、被保険者の範囲等の調査、確認及び提供を行うことに同意します。

また、転入前の市町村で支給認定申請した際に添付した医師の意見書又は診断書の写しを転入前の市町村、都道府県又は指定自立支援医療機関から取り寄せることについても同意します。

特定疾病療養受療証の写し、自立支援医療受給者証（更生医療）の写しを指定自立支援医療機関に提供することにも同意します。

生活保護受給情報の確認に関すること

障害者総合支援法、児童福祉法に基づく各サービスの支給決定等の認定に際し、生活保護受給情報の調査、確認及び提供を行うことに同意します。

鹿島市長 松尾 勝利 様

令和 年 月 日

現住所
(居住地)

氏 名

印

※18歳未満の場合は保護者氏名

※自筆の場合は押印省略可