

# 障害者総合支援法による介護給付費等の支給決定

## にあたり必要となる個人情報確認 同意書

介護給付費等にかかる利用者負担上限月額等の認定にあたり、以下の台帳等を参照又は閲覧もしくは確認することについて同意します。また、請求事務における国保連合会への情報の提供についても同意します。

- ・ 住民基本台帳による世帯の状況
- ・ 生活保護の受給状況
- ・ 障害に係る各種手当（特別児童扶養手当等）の受給者台帳
- ・ 市町村民税に係る課税台帳等の市町村民税関係公簿
- ・ 健康保険の加入状況及び保険料
- ・ 公的年金の受給状況
- ・ その他申請の内容により必要となるもの

井手町長 様

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

※ 18歳未満の児童が対象の場合は、保護者氏名をご記入ください。

世帯員氏名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※裏面の注意事項をご覧ください。

## 【注意事項】

- 利用者負担上限額は、障害者については、障害者及びその配偶者、障害児については、住民基本台帳上の世帯全員の課税状況を確認する必要があります。  
本同意が得られない場合は、別途、所得証明書等の添付をお願いします。