

# 同意書

(宛先) 新潟市長

(障害福祉サービス 障がい者地域生活支援事業 障害申請及び利用者負担額減額、免除等の申請に際し下記の

・申請者本人又は代理人による署名(自署)をお願いします。(押印は不要です)  
・申請者本人の署名がある場合は、代理人氏名欄は空欄で結構です。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

※申請者本人の署名又は代理人による代理署名をお願いします。

申請者氏名 新潟 花子

代理人氏名 新潟 太郎  
(申請者との続柄 父)

以下の項目において同意される場合は、該当の項目の□にレ印をつけてください。

- サービス等利用計画又は障害児支援利用計画、個別支援計画を作成するために必要があるときは、当該申請にかかる調査内容を指定特定相談支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業者、指定障害児通所支援事業者、基準該当事業者、委託相談支援事業者、地域生活支援事業者等(以下「事業者等」という。)に提示することに同意します。
  - 支給決定又は利用決定及び利用者負担額減額、免除等の決定(以下「支給決定等」という。)に関する書類について、必要があるときは、事業者等に提示又は送付することに同意します。
  - 当該申請に同意するときは、私が属する世帯の住民基本台帳、市町村民税及び市町村民税を納付していること、及び世帯に報告を求めていることに同意します。また、このことに関する書類を保持しています。なお、「属する世帯」とは、利用者が18歳以上(施設に入所する18、19歳を除く)の場合は、利用者本人とその配偶者になります。また、利用者が18歳未満(施設に入所する18、19歳を含む)の場合は、保護者の属する住民基本台帳での世帯全員になります。
  - 生活保護又は中国残留邦人支援法に基づく支援給付の受給状況について、必要があるときは、職員が閲覧することに同意します。
  - 介護保険制度の利用状況について、必要があるときは、職員が閲覧することに同意します。
  - 転出時等、必要があるときは、各台帳を他市町村等に対し提示又は送付することに同意します。
- (療養介護サービスを受ける方で国民健康保険又は後期高齢者医療制度に加入している方のみ)
- 療養介護医療受給者証の負担上限月額算定のため、健康保険限度額適用認定証の申請(認定)状況について、必要があるときは、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

※ 同意をいただけない場合、住民票及び課税状況のわかる書類の提出をお願いします。  
また、同意をいただいた場合でも必要がある場合は、住民票及び課税状況のわかる書類の提出をお願いすることがあります。