**川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業**

**世　帯　状　況　届　及　び　同　意　書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | （利用者氏名） | （住　　所）※令和６年１月１日に住民票のあった市町村 （※現住所と同じ場合は、この枠内は、記入不要）  　　　　　　　　都・道　　　　　　　　市・町  　　　　　　　　府・県　　　　　　　　村・郡 | | | | |
| 年金の受給状況 | 無 ・ 有 （年金種別： 老齢 ・ 障害 ・ 遺族 ・ 寡婦 ） | | | | |
| 世帯生計中心者氏名  ※世帯の考え方  利用者の年齢が18歳未満の場合は同一世帯全体、18歳以上の場合は当該利用者とその配偶者となります。 | | 生年月日（年齢） | | 対象者  との続柄 | 令和６年１月１日  現在の住所  （○をつける） | 備考＊ |
| （自署又は記名押印） | | 昭和  平成 | 年　 月 日  （　　　歳） |  | 川崎市内  市　外 |  |

* 次の同意事項に同意されない方は、備考欄に×を記入してください。  
  （その場合、市民税の証明書を添付してください。）

**同意事項**

川崎市在宅人工呼吸器使用者災害時電源給付事業を利用するにあたり、次の事項について、川崎市が関係機関から個人情報を収集することに同意します。

＊ 生活保護受給の有無

＊ 市民税の課税状況

＊ その他、認定に必要となる事項

* 収集した個人情報は、他の目的で使用されることはありません。
* 市民税が未申告の場合、申告の必要があります。