|  |
| --- |
| 重要事項説明書　兼　同意書 |

流山市健康福祉部長　様

私は、特別障害者手当、障害児福祉手当及び経過的福祉手当の受給にあたり、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（以下「法」という。）等を遵守し、下記事項について連名により同意いたします。

なお、法定の支給要件を欠くにいたったにも関わらず、支給対象月以外の手当を受給した場合は、速やかに相当額を返還いたします。

記

１　受給資格者本人、配偶者および扶養義務者の所得状況が法定の支給の制限に該当するか確認するため、担当課が保有する住民基本台帳や税務情報、年金情報を閲覧すること、または他の関係機関へ当該内容を照会すること。

２　法定の支給要件を欠くにいたった場合は、資格喪失事由（入所日、入院期間など）を確認するため、担当課が保有する情報を閲覧等すること、又は他の関係機関へ当該内容を照会すること。

３　次のとおり届出義務があること。（正当な理由なく、届出が行われないときは、支払いを一時差し止める場合があります。なお、各支払期月分の手当は、その支払期月の支払開始日から２年経過すると、手当の支給を受ける権利は時効消滅します。）

1. 所得状況の届出は、毎年８月１２日～９月１１日の間に行うこと。
2. 氏名変更、住所変更および受給者の死亡届出は１４日以内に行うこと。
3. 配偶者または扶養義務者が異動（死亡、結婚、離婚等）した場合は、速やかに異動状況の届出を行うこと。
4. 次の場合は、支給要件に該当しないので、資格喪失届を速やかに提出すること。

（但し、手当により資格喪失事由は異なる場合があります。）

* 1. 施設入所、継続して３カ月を超えた入院（介護老人保健施設含む）をしたとき。
  2. 障害を支給事由とする年金を受けることができるとき。（但し特別障害者手当を除く）
  3. 障害程度が法施行令第１条に掲げる状態に該当しなくなったとき。

以上

令和　　　　年　　　月　　　日

受給資格者 住所

受給資格者 氏名 　　　　　 　　　　　　　　㊞　（自署又は記名押印）

配偶者 氏名 　㊞　（自署又は記名押印）

扶養義務者 氏名 ㊞　（自署又は記名押印）

**裏面あり**

年金情報の照会にかかる確認事項について

年金受給者については、特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当の受給にあたって、従来、年金証書や年金振込通知書の写しをご提出いただくことにより年金の受給内容を確認しておりましたが、日本年金機構、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会及び日本私立学校振興・共済事業団における年金関係の情報連携が開始され、マイナンバーでの年金情報の照会が可能となりました。

つきましては、以下の事項について回答をお願いいたします。

**１．　年金の受給状況について、当てはまるものに〇をつけてください。**

（１）　障害者本人が　（受給している　・　受給していない　・　申請中）

（２）　配偶者が　　　　（受給している　・　受給していない　・　申請中　・　配偶者なし）

（３）　扶養義務者が　（受給している　・　受給していない　・　申請中　・　扶養義務者なし）

※　「受給している」または「申請中」に1つでも〇がつく場合は、以下もご回答ください。

**2．　現在受給されている（申請している）年金の支給機関について、当てはまる番号を記入してください。また、支給開始時期を記入してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 日本年金機構 | ２ | 地方職員共済組合 | ３ | 公立学校共済組合 |
| ４ | 全国市町村職員  共済組合連合会 | 5 | 警察共済組合 | 6 | 東京都職員共済組合 |
| 7 | 国家公務員  共済組合連合会 | 8 | 日本私立学校  振興・共済事業団 | 9 | 地方職員  共済組合団体共済部 |
| 10 | その他 | 11 | 不明 |  | |

　　　※「10　その他」の場合、以下支給機関番号の欄に支給機関名も記入してください。

　　　　　「11　不明」を選択した場合や記載がない場合は全ての機関に年金受給情報を照会する可能性がございます。

（１）　障害者本人　　支給機関番号　　（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　支給開始時期　　（　　　　　　　　年　　　　　　　月）から　　・　　不明

（２）　配偶者　　　　　支給機関番号　　（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　支給開始時期　　（　　　　　　　　年　　　　　　　月）から　　・　　不明

（３）　扶養義務者　　支給機関番号　　（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　支給開始時期　　（　　　　　　　　年　　　　　　　月）から　　・　　不明