重要事項説明書兼同意書

認定請求時に記載

令和　　年　　月　　日

（あて先）佐倉市福祉部長

私たちは、特別障害者手当、障害児童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至ったにもかかわらず、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、配偶者及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。

2　法定の支給要件を欠くに至った場合は、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、住所変更及び受給者の死亡届出は、14日以内に行うこと。

（3）配偶者又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、資格喪失届出を速やかに提出すること。
（ただし、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

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

（受給資格者住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受給資格者本人氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（配　偶　者　氏　名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（扶 養 義 務 者 氏 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印