

同意書及び収入申告書

令和 年 月 日

真庭市長 様

申請者

住所 _____

ふりがな

氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・令和
_____年 月 日

自立支援医療費（更生医療）支給申請に当たり、医療保険の世帯構成員に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険等加入状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等受給状況の調査について、貴市で調査すること、及び貴市が年金事務所、県等に照会すること、並びにこれらの機関が回答することに同意します。なお、以上の内容について世帯全員の同意を得ております。

◇1 医療保険の「世帯構成」について保険の種類に○印を付けた上、下記に記載してください。

なお、国保又は後期高齢者医療制度以外の医療保険では、被保険者のみ記載してください。生活保護については、○印のみで結構です。

医療保険の「世帯構成」		※保険の種類を○印で囲んでください 国保・後期高齢・国保又は後期高齢以外・生活保護			
氏名	続柄	課税状況（記入不要）	氏名	続柄	課税状況（記入不要）
		非・課 ()			非・課 ()
		非・課 ()			非・課 ()
		非・課 ()			非・課 ()

※保険証の写しを添付してください。

◇2 医療保険の「世帯」の所得が、市町村民税非課税の方（未申告の方を含む）は、令和 年中の申請者の年間収入について、下記に申告してください。

収入申告書（本人）		<input type="checkbox"/> 未申告（未申告の方は、チェックしてください）	
本人氏名	氏名		
収入の種類	年間収入額		
1. 障害年金	円		
2. その他（ ）	円		

※年金受給者は年金額の分かるもの(年金振込通知書など)の写しを添付してください。

ここから下の欄には記入しないでください

上記のとおり確認しました。

令和 年 月 日

確認欄	担当者氏名