

課税状況確認のための同意書（申告書）

松 山 市 長

私（申請者）は、自立支援医療費（精神通院）の支給認定に関する手続きのため、松山市が行う、私の収入及び市民税に係る課税状況の調査に同意します。また、松山市国保に加入している場合、加入者の情報を提供することに同意します。

私（申請者）と医療保険上、同一「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の収入及び市民税に係る課税状況については、松山市が調査を行うことに私（申請者）が同意を得ていますので、調査対象者の氏名、生年月日、続柄を記載することで同意していることを確認し、松山市の調査に対しての責任は私（申請者）が負います。

収入を申告していない場合、改めて無収入であることをここに申告します。

令和 年 月 日

本人（受診者）が

■「国民健康保険」、「後期高齢者医療」、「建設国保」、「医師国保」等の方は
→加入者全員 を

■「社保」「共済」「健保組合」等の方は
→被保険者及び受診者本人 を

下記↓に記入してください。

（申請者）住所

（フリガナ）

氏名

国保 ・ 後期 ・ 健保 ・ 健保組 ・ 共済	本人 ・ 家族
-------------------------	---------

（申請者が該当するものに○をお願いします）

フリガナ	被保険者 又は 世帯主に ○	住 所 (上記と異なる場合のみ記載)	生 年 月 日	続 柄
氏 名				
☐ 上記と同じ			大正 昭和 平成 令和 年 月 日	本 人
		☐ 上記と同じ（省略可）	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
		☐ 上記と同じ（省略可）	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
		☐ 上記と同じ（省略可）	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
		☐ 上記と同じ（省略可）	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
		☐ 上記と同じ（省略可）	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	

年金等収入状況記入欄（非課税の方のみ、ア・イいずれかに記入）

受診者本人について、支給されている年金や手当について「あり」「なし」を回答してください。（ア、イのどちらかに ○）「ア、あり」と回答した場合は ☐ にチェックし、その金額が分かる書類（年金証書、振込通知書等）のコピーをあわせて提出してください。

ア 年金や手当の受給「あり」

☐ 障害（基礎・厚生・共済）年金（ 級 ）年額 円

☐ 遺族（基礎・厚生・共済）年金（ 級 ）年額 円

☐ その他

☐ 障害児福祉手当 年額 円

☐ 寡婦年金 年額 円

☐ 障害を事由に支給される一時金（障害手当金等）年額 円

☐ 特別障害給付金 年額 円

☐ 労災（障害を事由に支給されるもの）年額 円

☐ 特別障害者手当 年額 円

☐ 経過的福祉手当 年額 円

☐ 特別児童扶養手当 年額 円

☐ その他 年額 円

☐ （ ） 円

イ 年金や手当の受給「なし」