

## 課税状況確認のための同意書

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ていることを、記名することで確認します。

また、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。

なお、松山市国保加入者において、必要時加入者状況の情報を提供することに同意し、必要に応じて課税調査対象者の調査を行うことに同意します。

令和 年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏名 \_\_\_\_\_

フリガナ	生年月日	受診者との続柄
氏名		
(本人) □上記と同じ(省略可)	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	本人
	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	

### 【収入を確認する為の同意の範囲】

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 → **加入者全員**

「健康保険」、「共済組合保険」等の方 → **被保険者及び受診者本人**