

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。

年 月 日

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

収入を確認するための同意の範囲

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
*必要時、保険加入状況も確認
「健康保険」、「共済組合保険」等の方
→被保険者及び受診者本人
※ただし、
①18歳未満で収入の無い方
②課税証明書を添付する方は除きます。

フリガナ	生年月日	受診者との続柄
氏名		
(受診者)	大正昭和平成令和 年 月 日	本人
	大正昭和平成令和 年 月 日	
	大正昭和平成令和 年 月 日	
	大正昭和平成令和 年 月 日	
	大正昭和平成令和 年 月 日	
	大正昭和平成令和 年 月 日	

年金等収入状況記入欄

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○をつけてください)。「ア、あり」と回答した場合は□にチェックして、金額を記入し、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」

- | | | | | | |
|---|----|---|-----------------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金(級) | 年額 | 円 | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 | 年額 | 円 | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 寡婦年金 | 年額 | 円 | <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される一時金(障害手当金等) | 年額 | 円 | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 | 年額 | 円 | <input type="checkbox"/> その他 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 労災(障害を事由に支給されるもの) | 年額 | 円 | () | | |

イ、年金や手当の受給「なし」