**課税状況等調査同意書**

令和　　年　　月　　日

砥部町長　様

住　所　　砥部町

氏　名　　　　　　　　　　　　　　(署名又は記名押印)

私は、私に係る自立支援医療の認定に関する手続きのため、私及び私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）の状況を下記のとおり申請しますので、下記の者に係る医療保険の加入状況、収入、課税状況、年金等を関係機関において調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 住　　所 | 生年月日 | 年齢 | 続柄 | 非課税年金 (障害年金等) |
| 本人 |  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  | 本人 | 有 ・ 無 |
| 家族 |  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |
|  |  | 大・昭・平・令 　　　年　　月　　日 |  |  | 有 ・ 無 |

※障害年金又は遺族年金を受給している場合は、その年金に係る証書又は振込通知書の写しを添付すること。