

# 世帯課税等状況調査同意書

令和 年 月 日

伊予市長様

(申請者) 住所 伊予市  
氏名

私は、自立支援医療の支給認定申請にあたり、自己負担上限額の認定のため、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）の収入及び市民税に係る課税状況調査をすることに同意します。

また、市民税非課税世帯の場合には、私に係る収入状況が確認できる資料を提出することに同意します。

## 記

	氏名	住所 (申請者住所と違う場合記載)	性別	生年月日	続柄	
本人			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	—	※同意が必要な方は、以下のとおりです。  受給者が ・国民健康保険又は後期高齢者医療等の場合：世帯全員 ・健康保険又は共済組合保険等の場合：本人及び被保険者
家族			男・女	明・大・昭・平 年 月 日		
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日		
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日		

### 年金等収入状況記入欄（非課税世帯用）

受給者本人について、(1) か (2) どちらかに○をし、(1) の場合は該当するところにチェックをして、収入金額等を記入してください。また、受給額の方かる書類（年金証書、振込通知書等）の写しを添付してください。

#### (1) 公的年金等や手当の受給あり

- |   |    |   |    |   |
|---|----|---|----|---|
| <input type="checkbox"/> 障害（基礎・厚生・共済）年金（ 級）年額 | 円  | <input type="checkbox"/> 遺族（基礎・厚生・共済）年金 | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 特別障害者手当              | 年額 | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当        | 年額 | 円 |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当             | 年額 | <input type="checkbox"/> その他（ ）         | 年額 | 円 |

#### (2) 公的年金等や手当の受給なし