同一世帯（同一医療保険）状況収入等申告
及び課税状況調査同意書

大仙市長　様

下記のとおり、自立支援医療の支給認定申請にあたり、次の事項について申告し、同一世帯（同一医療保険）の収入及び課税状況等、必要な情報を調査することに同意します。

☐　障害年金等の受給は受けておりません。

☐　障害年金等の稼働収入があります。

種類　　障害年金（基礎、厚生、共済）
特別障害給付金
労災による年金
遺族年金（基礎、厚生、共済）
特別障害者手当
障害児福祉手当
経過的福祉手当
特別児童扶養手当

【利用者（児）氏名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【同意者】
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者との関係（　　）