

同 意 書

須賀川市長 様

障害者自立支援法に基づく自立支援医療費（更生医療・育成医療）の支給認定申請に必要な市民税の課税状況（同一世帯者を含む）を確認するため、貴職が下記の者の課税情報、世帯情報等の閲覧を行うことに同意します。

年 月 日

（申請者）

㊟

障害年金受給の有無 あり・なし

（同一保険加入者）

㊟

㊟

㊟

㊟

㊟

同一保険加入者で申請者と住所が異なる場合

氏名： ㊟ 生年月日： 年 月 日

住所：

【注意事項】

- ① 同一世帯者として同意をいただく方は同居する家族の方全員です。
ただし、同一世帯者のうち18歳未満で収入のない方は除きます。
- ② 課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。