

同意書

須賀川市長

自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定申請に必要な市民税の課税状況(同一保険加入者を含む)を確認するため、下記の者の課税情報及び世帯情報を閲覧し、認定権者である福島県知事に提供することについて同意します。

平成 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:明・大・昭・平 年 月 日

住所:

注意事項

- 1 同一保険加入者を同一世帯者とします。
- 2 同一保険加入者として同意をいただく方は、家族の方全員です。ただし、18歳未満で収入が無い方は除きます。
- 3 同一保険加入者で1月1日時点で須賀川市に住所の無い方(なお、1月から6月までの間に申請する場合は、前年の1月1日時点となります。)は、課税証明書・非課税証明書(課税額及び収入額の記載のあるもの)の添付が必要となります。
- 4 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。