

同意書

須賀川市長様

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律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）

⑩

障害年金受給の有無 あり・なし

（同一保険加入者）

⑩

⑩

⑩

⑩

⑩

同一保険加入者で申請者と住所が異なる場合

氏名： ⑩ 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。