

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。

また、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請に必要があるときは、私の年金の受給状況につき、貴職が日本年金機構等関係機関に照会し、照会された機関が個人情報を提供することについて同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

障害年金受給の有無 あり・なし

遺族年金受給の有無 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・令 年 月 日

住所：

注意事項

- 1 同一保険加入者を同一世帯とします。
- 2 同一保険加入者として同意いただく方は、家族の方全員です。ただし、18歳未満で収入がない方は除きます。
- 3 同一保険加入者で1月1日時点で須賀川市に住所が無い方（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。