

令和 年 月 日

我孫子市長 星野 順一郎 様

同 意 書

私は、自立支援医療の支給認定にあたり、健康保険の世帯状況、課税状況、収入状況、その他必要な事項に関し、調査を行うことに同意します。

申請者住所

申請者氏名

(18歳未満の受診者氏名)

受診者氏名

<転入者、健康保険の被保険者が市外に居住している場合等>

我孫子市の保有する情報にて税情報等が確認できない場合は、番号利用法第19条第7項に基づき、税情報等の照会先は次になります。

1 照会する方 (ふりがな氏名 生年月日)

照会先 ()

2 照会する方 (ふりがな氏名 生年月日)

照会先 ()

※税情報等は、1月1日に住民票のある市町村が保有しています。

【裏面もご覧ください】

※申請日が、1～6月の場合は一昨年の一年間、7～12月の場合は昨年の一年間の収入に基づいてお答えください。

1.年金収入状況についてご記入ください。

年金受給有無（ 有 ・ 無 ） 有の場合、下記記載ください。

年金の種類

☐障害年金 等級 （ 級）

☐老齢年金

☐遺族年金

年金の金額 ☐年額 ☐2か月に1回 （ 円）

※老齢年金の場合は、未記入で結構です。

2.自立支援医療を受診する者（18歳未満は保護者）の地方税法第292条第

1項13号に規定する合計所得金額（年金収入も含む）が80万円を超えますか？

はい

いいえ