

同意書兼世帯状況収入申出書

桜井市長 様

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために、桜井市職員が私及び私の世帯員の収入につき桜井市税務課の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿または、保護係の保有する生活保護受給者台帳及び保険医療課の保有する国保資格情報を閲覧することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

(申請者) 住所 奈良県 _____

氏名 _____

保護者氏名 _____

(申請者が 18 歳未満の場合に記入してください。)

年 月 日

(同一健康保険加入世帯員) ☐ 住民票と同じ

氏 名	生年月日	続柄	住 所	市町村民税の課税・非課税とその税額や収入等
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税

※ 記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、申請者住所・氏名（保護者氏名）欄は、提出分すべてにご記入ください。

★ご本人にお聞きします。

・何か年金を受給していますか？ （ はい ・ いいえ ）

・年金の種類は何ですか？ （ 老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金 ）

・年金金額は年間 80 万円を超えていますか？ （ はい ・ いいえ ）