

所得・税額調査同意書

年 月 日

豊後大野市福祉事務所 様

自立支援医療費（更生医療）に係る所得等の調査に同意します。

申 請 者 者 （障がい児の保護者）	住 所	豊後大野市		
	フリガナ			
	氏 名			
生年月日	大・昭・平・令		年	月

障害年金・遺族年金・寡婦年金・恩給	有・無
障害労災年金（前払一時金）	有・無
特別障害給付金	有・無
特別障害者手当・障害児福祉手当・福祉手当（経過）	有・無
特別児童扶養手当	有・無

中の収入についてお尋ねします。
 申請者（障がい者・障がい児の保護者）
 に、左の収入がある場合、証書・支払通知書等の金額が確認できる書類を窓口
 に提示してください。
 ※コピーさせていただくことがあります。

世帯の範囲は国民健康保険加入世帯にあっては加入世帯員全員、健康保険等（組合健保含む）の加入世帯員に
 あっては申請者の加入する保険の被保険者が同意の上、記名押印をしてください。

世 帯 員 (申請者と同一の健康保険加入者を記載)	フリガナ 氏 名	申請者と の 続 柄	生 年 月 日
			大・昭・平・令 年 月 日
			大・昭・平・令 年 月 日
			大・昭・平・令 年 月 日
			大・昭・平・令 年 月 日
			大・昭・平・令 年 月 日

本人の意思確認はできるが上肢障害等で筆記不能な場合は、家族等の代理人による記名押印を、また、疾患等
 により本人の意思確認ができない場合は、家族等の代理人もしくは、成年後見制度の後見人による記名押印をお願いします。

なお、代理人又は成年後見人は下欄にも記名押印をお願いいたします。

成 代 理 人 又 は 見 人	住 所	(代理人 ・ 成年後見人) いずれかに○をしてください。		
	フリガナ 氏 名			
	生年月日	大・昭・平・令		年