

所得・税額調査同意書

年 月 日

豊後大野市長 様

自立支援医療費（育成医療）に係る所得等の調査に同意します。

申 請 者 （ 保 護 者）	住 所	豊後大野市
	カガナ 氏 名	
	生年月日	平成 令和 年 月 日

障害年金・遺族年金・寡婦年金	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 ）	カガナ 氏 名	申請者との 続 柄	生 年 月 日	
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日
				昭・平・令 年 月 日