同　　意　　書

私は、自立支援医療費の支給認定を行う際に必要がある時は、世帯の課税状況及び世帯の国保加入者状況を確認することについて同意します。
また、非課税年金受給等について、下記のとおり申告します。

令和　　年　　月　　日

南陽市長　殿

住所　南陽市

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 障害年金の受給状況（令和7年1月1日～令和7年12月31日）　　**［ 有・無 ］**

・国民年金　　1級 ・ 2級　　（受給額　　円 / 2ヶ月 ・ 年 ）

・その他厚生年金等　　1級 ・ 2級 ・ 3級

現在受給されている年金を支給している機関を、以下から〇で囲んでください。

1. 日本年金機構　　2．国家公務員共済組合連合会　　3. 地方職員共済組合

4．地方職員共済組合団体共済部　　5．公立学校共済組合　　6．警察共済組合

7．東京都職員共済組合　　8．全国市町村職員共済組合連合会

9．日本私立学校振興・共済事業団

2. その他収入（令和7年1月1日～令和7年12月31日）　　**［ 有・無 ］**

・遺族年金　（　　円/年）

・手当等　（　　円/年）

・その他　（　　円/年）

3．市町村民税における１８歳未満の特定扶養親族　　**［ 有・無 ］**

令和7年12月31日時点で、18歳未満までの控除対象扶養親族（特定扶養親族）がいる場合、下記に記入してください。

被扶養者氏名	生年月日	扶養者氏名

1 被保険者が本人である。			
氏　名	市民税課税の有無	市民税所得割の額	収入額(市民税非課税の場合)
受診者本人	無・有（均等割・所得割）	円	円
2 被保険者が本人でない。			
被保険者氏名	市民税課税の有無	市民税所得割の額	受診者本人の収入額(市民税非課税の場合)
	無・有（均等割・所得割）	円	円
3 国保加入			
加入者氏名	市民税課税の有無	市民税所得割の額	受診者本人の収入額(市民税非課税の場合)
受診者本人	無・有（均等割・所得割）	円	円
	無・有（均等割・所得割）	円	
	無・有（均等割・所得割）	円	
	無・有（均等割・所得割）	円	
	無・有（均等割・所得割）	円	
	無・有（均等割・所得割）	円	
世帯全員の市民税課税額の合計		円	

市民税非課税 本人収入 ≦82.65万円	市民税非課税 82.65万円＜本人収入	市民税＜3.3万円	3,3万円≦市民税＜ 23,5万円	市民税23,5万円以上
「低1」	**「低2」**	**「中間1」**	**「中間2」**	**「一定以上」**

上記のとおり確認しました。　　年　月　日　調査員名　　㊞