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、非課税年金受給の有無について、下記のとおり申告します。

南陽市長 殿

住所 南陽市

氏名

印

令和 年 月 日

	障害年金	遺族年金	その他:
金額 (年間)	円	円	円

----- ここから下は記入しないでください -----

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	
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 ≤ 80.9万 円	市民税非課税 80.9万円 < 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

印