

同意書

長岡市長様

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。

令和〇年〇月〇日

申請者住所 長岡市大手通1丁目4番地10

申請者氏名 長岡 一郎

(連絡先電話番号 0258-39-9999)

(世帯状況)

※同じ医療保険に加入している家族を「世帯」の範囲とします。

	氏名	生年月日	本人との続柄	市民税 課税・非課税の別	医療保険の状況	
本人	長岡 一郎	T・S・H・R 50・8・10	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)	
世帯員		T・S・H・R		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 (分)	
	※国保の場合は、18歳以上の国保加入者全員 社保の場合は、被保険者氏名を記載してください。					<input type="checkbox"/> 後期高齢者 (分)
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)	
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)	
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)	

注1 市民税非課税世帯の場合、申請者本人の前年(申請の時期が1月～6月の場合は、前々年)の年金の受取額がわかるものを添付してください。

注2 申請者及びその配偶者が市民税非課税で、これ以外に同一の「世帯」に属する世帯員が市民税課税であるとき、税制、医療保険のいずれにおいても、申請者及びその配偶者が同一の「世帯」に属する他の世帯員の被扶養者になっていない場合は、申請に基づき、特例的に申請者及びその配偶者を別世帯として扱うことができます。