所得・税額調査同意書

令和　　年　　月　　日

臼杵市長　　中野五郎殿

自立支援医療費（更生医療・育成医療・精神通院）に係る所得等の調査について同意します。

申請者本人	住　所	
	フリガナ 氏　名	㊞
	生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日

上肢障害等で本人の意思確認は出来るが、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、疾病等により本人の意思確認が出来ない場合は、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いたします。

なお、代理人又は後見人は下欄にも記名押印をお願いします。

代理人又は後見人	住　所	（ 代理人 後見人 ）
	フリガナ 氏　名	㊞
	生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日

（代理人又は、後見人は、いずれかに〇をしてください。）

世帯員（同一の保険加入者単位）	フリガナ 氏　名	本人との続柄	生年月日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日

※　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が、健康保険等（組合健保含む）の加入世帯にあっては申請者（患者）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。