

「世帯」等状況調査同意書

年 月 日

内子町長 様
(市町名)

住所
氏名

印

私は、私に係る自立支援医療の認定に関する手続きのため、私及び私と医療保険上同一「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の状況を下記のとおり申請しますが、その医療保険の加入状況を調査することに同意します。

記

氏名	住所	性別	生年月日	続柄	障害年金等	特別児童扶養手当等	合計所得金額（千円）	市町村民税額（円）		調査同意印
								均等割	所得割	
本人		男・女	明・大・昭・平 年 月 日	一	有・無	有・無				—
家族		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
家族		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		有・無	有・無				

※ ☐ 内は、記載不要です。

障害年金等とは、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金をいう。
特別児童扶養手当等とは、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当をいう。
合計所得金額とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。