所得状況等の調査に関する同意書

自立支援医療費支給認定の申請に伴う、本人負担額の認定に際し、東北町での私および同一世帯の者並びに同一医療被保険者の町民税額等の調査を行うことに同意します。また、町が社会保険事務所や県等に照会すること及びこれらの機関が回答することについて同意します。なお、以上の内容について世帯全員の同意を得ていることを申し立てします。

令和　　年　　月　　日

東北町長　殿

申 請 者

住　　所

ふりがな
氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

電　　話　　（　　）

（１８歳未満の方）

ふりがな
氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

（裏面に申請者記載あり）

（申請者記載用）

● 1 医療保険の種類に〇印を付けて下さい。

国　保	国保以外	生活保護

● 2 医療保険の「世帯構成」について、同一医療保険に加入する者全員の記載をして下さい。

医療保険の「世帯構成員」

（同じ保険証の者について、同居、別居を問わず全員記入して下さい。）

氏　　名	続　　柄	※課税状況（記入不要）
		非 ・ 課　（　　）
		非 ・ 課　（　　）
		非 ・ 課　（　　）
		非 ・ 課　（　　）
		非 ・ 課　（　　）
		非 ・ 課　（　　）

◇　申請者等の医療保険証等の写しを添付して下さい。

● 3 医療保険の「世帯」の所得が町民税非課税と思われる方（未申告の方を含む。）は、平成23年の申請者の年間収入について、申告して下さい。本人が１８歳未満のときは、保護者の収入となります。保護者が両親の場合、両親とも申告して下さい。

収入申告書（本人または保護者）　□未申告

〇　未申告の方は、チェックして下さい。

収入の種類	年間収入額		
	本人氏名（　　）	本人が１８歳未満のとき	
		保護者氏名（　　）	保護者氏名（　　）
1 障害年金・遺族年金・老齢年金	円	円	円
2 その他　（　　）	円	円	円

◇　公的年金（障害者年金・遺族年金・老齢年金等）及び特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当については、振込通知書等収入額がわかるものの写しを添付して下さい。

（注）平成２４年１月２日以降に転入された方は調査できませんので、平成２４年１月１日に住民票のあった市町村で課税証明書を取って提出して下さい。

----------ここから下の欄には、記入しないで下さい。----------

市町村意見欄（該当の番号に〇印を付けて、意見を書いて下さい。年金等の収入は、給付された資料で確認するのが原則です。）

①	未申告だが非課税（低所得２）とみなす意見：
②	未申告だが非課税（例外的に低所得１）とみなす意見：
③	非課税の方のうち８０万円以下の収入で添付書類がない場合の意見（例外的に低所得１とみなす場合）

※　所得区分について：　①生活保護　②低所得１　③低所得２　④中間所得１　④”中間所得２
⑤”一定所得以上（重継）　⑤一定所得以上（対象外）

上記のとおり確認しました。　　東北町　担当者