

「世 帯」等状況調査同意書

松 前 町 長 様

令和 年 月 日

住 所 伊予郡松前町大字
氏 名

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。また、その医療保険の加入状況及び課税状況等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 遺族年金 等	特別児童扶 養手当等	合計所得金 額（千円）	市町民税額（円）	
									均等割	所得割
本人		伊予郡松前町大字	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		有 ・ 無	有 ・ 無			
家族			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日						
			男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日						

※ 内は、記載不要です。

障害年金・遺族年金等とは、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、経過的福祉手当、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。