

# 所得・税額調査同意書

平成 年 月 日

( 市・町・村 ) 長 殿

自立支援医療費（精神通院医療）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	(印)
	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。

後代 見理 人又 は	住 所	( 代理人 後見人 )
	フリガナ 氏 名	(印)
	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 をしてください。)

世帯員 (同一の保険加入者単位)	フリ	ガナ	本人との	生 年 月 日
	氏	名	続 柄	
		(印)		明・大 昭・平 年 月 日
		(印)		明・大 昭・平 年 月 日
		(印)		明・大 昭・平 年 月 日
		(印)		明・大 昭・平 年 月 日
		(印)		明・大 昭・平 年 月 日
		(印)		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。