

所得・税額調査同意書

年 月 日

別府市福祉事務所長 あて

自立支援医療費（育成医療・更生医療）に係る所得等の調査について同意します。

※十八歳未満の場合 申請者本人 は保護者	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	印
	生 年 月 日	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	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	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 氏 名	本人との 続 柄	生 年 月 日
	印		年 月 日
印		年 月 日	
印		年 月 日	
印		年 月 日	
印		年 月 日	
印		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。