所得・税額調査同意書

平成　　年　　月　　日

竹田市福祉事務所長　様

自立支援医療費（更生医療）に係る所得等の調査について同意します。

申請者	住　所	
	フリガナ 氏　名	㊞
	生年月日	明・大 昭・平　　年　　月　　日

※世帯の範囲は国民健康保険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うえ記名押印してください。

	フリガナ 氏　名	本人との続柄	生年月日
世帯員（同一の保険加入者単位）	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日
	㊞		明・大 昭・平　　年　　月　　日