

市民税課税状況照会同意書

私は、障害者支援法における自立支援医療(精神通院)を受けるため、月額上限額の判断のために必要となる、世帯の課税状況確認書類の添付を省略し、牛久市長が市民税の課税状況を確認することについて同意いたします。

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____

住所 _____

対象者(※受診者と同一の健康保険に加入の方の氏名)

(参考) 下記の年金を受給していますか?(有・無)

●障害年金 等級 級 又は年金額 _____ 円

●その他の年金(遺族年金・寡婦年金・障害者手当等)

年額 _____ 円