

# 同意書

私は自立支援医療費(更生医療)の支給認定申請にあたり、支給決定に必要な世帯の課税状況および年金受給額等について須崎市長が確認することに同意します。

令和 年 月 日

須崎市長様

住所 須崎市

---

申請者

印

---

# 収入申告書

申告年月日 令和 年 月 日

申告者

住 所

氏 名

須崎市長 様

次のとおり申告します。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種 類	収入額
収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（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）	円
	その他の収入	円

※市町村民税課税の方は収入申告の欄は記入の必要ありません。

申請書提出者  申請者本人  申請者本人以外（下の欄に記入）

フリガナ 氏 名		申請者 との関係	
住 所	電話番号		

（裏面もお読みください。）