

# 所得・税額調査同意書

令和 年 月 日

中津市長 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	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できない場合は、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	(代理人 後見人)
	フリガナ氏名	印
	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。