

同意書

船橋市長 へ

私及び同一保険加入者は、自立支援医療受給者証交付に伴う負担上限額を確定するため、

- ① 市町村民税課税状況、住民票、マイナンバー、国民健康保険資格状況、その他必要事項について船橋市が調査すること
- ② マイナンバーを利用し必要年度の市町村民税課税状況、生活保護受給状況、その他必要事項について船橋市が調査すること

以上、①及び②について同意します。

令和 年 月 日

申請者（18歳未満は保護者）（現）住所 船橋市

氏名

※1月～6月に申請する場合は前年の1月1日、7月～12月に申請する場合はその年の1月1日時点で保険世帯員のうち、船橋市に住民票のない方のそれぞれの時点での住民票住所地をご記入ください。

No.	氏名	都道府県	市区町村	No.	氏名	都道府県	市区町村
1				3			
2				4			

収入申告書（市町村民税『非課税世帯』の方のみ記入してください）

※ 受診者が18歳以上の方の場合は本人の、18歳未満の方の場合は保護者の収入を記入してください。

1月～6月に申請する場合は前々年、7月～12月に申請する場合は前年の収入を記入してください。

種類		金額（年額）
年金収入 (障害一時金・障害 手当金含む)	障害（基礎・厚生・共済） 級（加算 有・無）	円
	老齢（加算 有・無）	
	遺族（加算 有・無）	
給与等の所得		円
その他（特別障害者手当・障害児福祉手当・特別児童扶養手当・経過的福祉手当・労災等に基づく障害補償 ※傷病手当金は含まず）		円

扶養調査書（市町村民税『課税世帯』で子がいる方のみ記入してください）

健康保険上の扶養者の方が基準日（1月～6月に申請する場合は前年の1月1日、7月～12月に申請する場合はその年の1月1日）時点で18歳以下の方を扶養していますか。（どちらかに○をつけてください）

はい ⇒ 下記の世帯調にご記入ください / いいえ ⇒ 調査終了です

	氏名	生年月日	備考
健康保険上の扶養者			
被扶養者 (基準日時点で18歳 以下の方)		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	