

市町村民税等調査同意書

令和 年 月 日

多賀城市長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

印

(世帯員) 氏 名

印

氏 名

印

氏 名

印

氏 名

印

私の市町村民税課税状況及び所得の状況について、自立支援医療給付事務に必要な範囲において、関係機関に照会・調査することに同意します。

障害年金等の受給状況について

1 障害年金等

- (1) 障害基礎年金 / (2) 障害厚生年金 / (3) 障害共済年金
(4) 遺族基礎年金 / (5) 遺族厚生年金 / (6) 遺族共済年金

2 児童扶養手当等

- (1) 特別障害者手当 / (2) 障害児福祉手当 / (3) 経過的福祉手当
(4) 児童扶養手当 / (5) 特別児童扶養手当

受給： 無 ・ 有

↓

有の場合 ⇒ 受給額 _____ 円 (年額) 等級 _____ 級

- 確認方法： 1 年金証書 / 振込通知書 / 額改定通知書
2 振込通帳
3 その他