

市区町村民税等調査同意書

平成 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

私の市区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。

受給者の障害年金等受給について（有り無しを○で囲む）

障害年金等

（障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金等）

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）

◎受給： 無 ・ 有

◎受給ありの場合： 受給等級 級 受給額 円（年額）

*記載不要 確認方法 1. 支払い通知書
2. 払い込み通帳
3. その他