

同意書

下記の申請（予定）者にかかる自立支援医療の支給認定を行う際に必要な市民税等の課税状況（同一世帯者を含む）を確認するため、貴職が確認できる書類で調査し、認定権者である山形県に提供することに同意します。（ここで言う「世帯」とは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における世帯を指します。）

令和 年 月 日

村山市長 へ

住所 村山市 _____

氏名 _____

《市民税額等の課税状況》

対象者氏名		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 年 月 日生 平成		
対象者住所	村山市					
氏名	年齢	課税状況			備考	
		前年度分市民税均等割	前年度分市民税所得割			

【障害年金受給の有無】	有	・	無
	↓		
	1級	・	2級
		・	それ以外（年額 円）