

(注)太枠内を記入してください

調 査 票

障害者氏名		生年月日			生計の状況	生活保護世帯・その他の世帯	
世帯の状況 (本人を含む)	氏名(同医療保険加入者)	続柄(本人を中心に)	職業	区分	住所・電話番号(別居の場合)	市税の課税の有無	前年分の所得税額
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	
				同・別		無・均・所	

自立支援医療の受給申請に当たり、本人又は扶養義務者の負担額を決定するため必要があるときは、地方税法に基づく課税台帳により、私の属する医療保険の世帯の所得、課税状況等について、貴職が調査することを承諾します。

令和 年 月 日

(あて先)下 関 市 長

申請者(受給者) _____

上記のとおり確認しました。

障害者支援課

令和 年 月 日

調査員 _____