

同 意 書

市 町 村 長 様

自立支援医療費(精神通院医療)の支給認定申請に必要な市町村民税の課税状況(同一世帯者を含む)を確認するため、下記の者の課税情報及び世帯情報を閲覧し、認定権者である福島県知事に提供することについて同意します。

令和 年 月 日

(申請者)

印

(同一世帯者)

印

印

印

印

印

注 意 事 項

- 1 同一世帯者として同意をいただく方は同居する家族の方全員です。ただし、同一世帯者のうち18歳未満で収入が無い方は除きます。
- 2 課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。