

常総市福祉事務所長 殿

## 同意書

自立支援医療費支給認定に必要があるときは、貴福祉事務所が、私の世帯の住民登録、収入及び課税状況、医療保険加入状況等認定に必要な事項について関係機関に調査、照会又は閲覧することについて同意します。

令和 年 月 日

住所 常総市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 収入申告書

下記の種類の収入につきまして以下の通り申告いたします。  
(あてはまるものに○をつけてください)

種類	収入額 (年額)
障害基礎年金, 障害厚生年金, 障害共済年金, 特別障害給付金, 労災による障害補償給付及び障害給付, 遺族基礎年金, 遺族厚生年金, 遺族共済年金, 特別児童扶養手当, 特別障害児福祉手当, 特別障害者手当	

上記収入該当なし

氏名 \_\_\_\_\_