

住民票の添付の省略を希望される方および感染症法第37条の規定による自己負担額の認定に必要な市内の地方税関係情報を取得することに同意される方は、下記のとおり住民税の課税台帳および住民基本台帳を調査することに同意願います。
(市外の地方税関連情報が必要な場合は別途「同意書(情報照会用)」が必要です)

年 月 日

所得調査等同意書

保健センター長 あて

申請者(患者または世帯主)

氏名

住所

感染症法第37条の規定による医療費の自己負担額認定のため、住民税の課税台帳および住民基本台帳を調査することに同意します。

月 日

患者本人 氏名

家 族 氏名 続柄

氏名 続柄

氏名 続柄

氏名 続柄

氏名 続柄

氏名 続柄

保健センター受付印