受付No.

課税台帳等の閲覧に関する同意書

令和　　年　　月　　日

盛岡市長　　様

自立支援医療に係る利用者負担上限月額等決定のため、

□　必要に応じて課税台帳の閲覧を行うことに同意します。
□　同一世帯の国民健康保険・後期高齢者医療保険の加入者の状況調査を貴市担当職員が行うことに同意します。

○ 受診者が１８歳以上である場合には、受診者及び受診者と同一の健康保険に加入している方の所得確認を行う必要があります。
○ 受診者が１８歳未満である場合には、受診者及び受診者と同一の健康保険に加入している方の所得確認を行う必要があるほか、非課税世帯である場合には、同一の健康保険に加入していない保護者の所得確認も併せて必要です。
○ 同意にあたっては、氏名を本人が手書きしない場合、記名押印してください。

氏　名	続　柄	生年月日	印	備　考