

同意書

長岡市長様

受給者負担額決定等のために必要があるときは、以下について調査を行うことに同意します。

- 1 住民基本台帳
- 2 世帯（同じ医療保険に加入している家族）の所得状況等
- 3 生活保護の受給状況

令和 ○年 ○月 ○日

申請者住所 長岡市大手通1丁目4番地10

申請者氏名 長岡 一郎

(連絡先電話番号 0258-39-9999)

(世帯状況)

※同じ医療保険に加入している家族を「世帯」の範囲とします。

	氏名	生年月日	本人との続柄	市民税 課税・非 課税の別	医療保険の状況
本人	長岡 一郎	T・S・H・R 50・8・10	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input checked="" type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
世帯員		T・S・H・R		<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 分)
	※国保の場合は、18歳以上の国保加入者全員 社保の場合は、被保険者氏名を記載してください。				<input type="checkbox"/> 後期高齢者 分)
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 分)
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 分)
		T・S・H・R ・		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 分)

注1 次の世帯員の保険者証の写しを添付してください。

健康保険の場合・・・申請者本人及び被保険者（本人が被保険者の場合は、本人のみ）

国保の場合・・・国保加入全員

後期高齢者の場合・・・本人及び同一加入者

注2 市民税非課税世帯の場合、申請者本人の前年（申請の時期が1月～6月の場合は、前々年）の年金の受取額がわかるものを添付してください。

注3 申請者及びその配偶者が市民税非課税で、これ以外に同一の「世帯」に属する世帯員が市民税課税であるとき、税制、医療保険のいずれにおいても、申請者及びその配偶者が同一の「世帯」に属する他の世帯員の被扶養者になっていない場合は、申請に基づき、特例的に申請者及びその配偶者を別世帯として扱うことができます。