

# 所得額の調査に関する同意書

(宛先) 白山市長

私は、心身障害者医療給付金の資格取得・資格更新の決定に関し、必要な所得関係書類の調査をすることに同意します。

令和 年 月 日

	氏 名	住 所	印
受給資格者			
配偶者			
扶養義務者			

※扶養義務者は、受給資格者の方から見て、次の(1)~(3)の条件を満たす方となります。

- (1) 血縁関係にある
- (2) 同居している
- (3) 所得が最も高い(本人・配偶者を除く)

該当する方がいない場合は記入不要です。