

利用者（負担）決定にかかる同意書

私は、在宅高齢者日常生活用具給付事業実施要綱の第 5 条第 1 項第 3 号に定める「前年所得税額（1 月～6 月までの申請は前々年所得税額）を証する書類」の提出ができないため、利用者負担決定の算出に必要な所得税額については、市民税情報より算出したものを適用することに同意します。

また、上記「前年所得税額（1 月～6 月までの申請は前々年所得税額）を証する書類」を提出できない場合、所得税定額減税額（令和 6 年分の所得税について、居住者の所得税額から控除できる金額（所得者本人 3 万円に同一生計配偶者又は扶養親族 1 人につき 3 万円を加算した金額））が反映されないことを理解しており、これにより私にとって不利益な決定がなされても、異議はありません。

上記の内容については、次の世帯構成員全員の承諾を得ています。

フリガナ 氏 名	続柄	生年月日	備考
		明・大・昭・平・令 ・ ・	
		明・大・昭・平・令 ・ ・	
		明・大・昭・平・令 ・ ・	
		明・大・昭・平・令 ・ ・	
		明・大・昭・平・令 ・ ・	

年 月 日

大阪市長 様

住所

氏名