

## 課税状況等閲覧同意書

大 阪 市 長

私は、未熟児養育医療事業に係る申請にあたり、その認定のために、私及び次の者の市・府民税課税状況・所得状況及び下記の閲覧項目について、課税台帳等の関係公簿を閲覧されることに同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

フリガナ 氏 名	生年月日	続柄	住所（申請書と異なる場合）	備 考

【閲覧項目】 市民税・府民税額、所得金額  
所得控除（雑損、医療費、社会保険料、小規模共済等掛金、生命保険料、地震保険料(旧長期損害保険料)、寡婦・寡夫・特別寡婦、勤労学生、障がい者、配偶者・扶養、配偶者特別、基礎）  
扶養親族等（控除対象配偶者の有無、特定扶養親族・老人扶養親族・16歳未満（年少扶養親族）  
・その他扶養親族の人数、特別障がい者・その他障がい者の人数）  
本人該当（特別障がい・その他障がい・寡婦・特別寡婦・寡夫・勤労学生の有無）  
事業専従者の区分及び人数、給与額等

令和 年 月 日

(申請者) 住 所 大阪市 区

フリガナ  
氏 名

印

(自署もしくは記名押印)

※ 閲覧した課税状況等により、未熟児養育医療事業の自己負担限度額を大阪市長が決定します。課税台帳から所得税額を算出するため、実際の所得税額から多少の誤差が生じる場合がありますので御了承ください。

なお、本年1月1日現在（申請日が1～5月の場合は前年1月1日現在）に市内に在住されていない方は閲覧できませんので、前居住地にて税証明等を取り寄せてください。