

同 意 書

大 阪 市 長

私は、小児慢性特定疾病医療支援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、課税台帳等の市民税関係公簿等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。

ふりがな 氏 名	生年月日	続柄	住所（申請者と異なる場合）	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

年 月 日

（申請者） 住所 大阪市 区

ふりがな
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、小児慢性特定疾病医療支援事業の自己負担限度額を大阪市長が決定します。