申　立　書

神戸市長　様

　　　年　　月　　日

　私は、下記の理由により、市民税課税所得証明書の提出を省略し、自立支援医療（精神通院医療）所得区分が一定所得以上（区分D）と認定されることを承諾いたします。

住所　　　　　区

氏名（受給者）

大・昭・平・令　　　　年　　　月　　　日　生