

自立支援医療費(精神通院医療)に関する世帯状況および所得調査等についての同意書

■受診者ご本人および同じ健康保険等に加入しているご家族について記入してください。(太枠内のみ記入)

健康保険等の種類	被用者(本人)	被用者(家族)	国民健康保険	その他(後期高齢者医療等)
----------	---------	---------	--------	---------------

※国保・後期高齢者は加入者全員、社保は被保険者のみ記入してください。

	氏名	続柄	社会保険 の被保険 者(○印)	年 月 日	所得の状況(市記入欄)		
	生年月日			時点の 住民票登録地	市町村民税	合計所得金額	
受診者 本人	(氏名)	本人		大和市	非課税	—	円★
	年 月 日生			()	所得割	円	均等割りあれば課税
同じ健康 保険等 に加入し ている ご家族	(氏名)			大和市	非課税	—	—
	年 月 日生			()	所得割	円	均等割りあれば課税
	(氏名)			大和市	非課税	—	—
	年 月 日生			()	所得割	円	均等割りあれば課税
	(氏名)			大和市	非課税	—	—
	年 月 日生			()	所得割	円	均等割りあれば課税

世帯の市民税所得割合計額(※均等割は合算しません)

円

[所得割課税の場合は確認] ※下記該当ある時は、旧市町村民税所得割額計算シートで計算すること

0~15歳(人) 16~18歳(人)の扶養 住宅取得・寄付金控除(円) 定額減税(円)

控除前税額(円) 調整控除(円) (計算後の市民税所得割額(この金額で判定) 円)

[世帯が非課税の場合] 受診者本人の 年金受給状況等 ※課税年度の対象 期間に受給した額 ※情報連携が必要な場 合は必ず確認	無・有(障害基礎年金・障害厚生年金・遺族年金・その他)	
	※障害年金の場合: 級	①上記の年金による年間収入額(聞き取り) 円
		②本人の合計所得金額(★の金額) + 円
		③公的年金収入(システムの課税台帳確認) + 円
	一律10万円(10万円以下は給与所得を全額控除)	④所得金額調整控除(システムの課税台帳確認) + 円
		⑤公的年金(システムの課税台帳確認) - 円
	⑥控除引下調整(給与所得のみ) - 円	
合計(この金額で判定) (①+②+③+④-⑤-⑥) =		円

受診者本人と同一の健康保険等に加入しているのは、上記のとおりです。

また、自立支援医療を受給するにあたり、市が上記の者について関係機関から情報を収集することに同意します。

※同意されない方は、右の欄にチェックしてください。 同意しません。

神奈川県知事・大和市長あて

年 月 日

受診者氏名 _____

申請書提出者氏名 _____ (続柄 _____)

市町村記入欄

⑤	1 生保	生活保護世帯	④	4 中間1	市町村民税所得割 3万3千円未満世帯※均等割のみを含む
	2 非課税1	本人所得80万円以下		5 中間2	市町村民税所得割 3万3千円以上23万5千円未満世帯
	3 非課税2	本人所得80万円超		6 一定以上	23万5千円以上世帯もしくは課税状況不明の世帯

⑤合計所得割額・④'計算後	⑤本人収入・所得	所得区分	確認者
円	円		

※申請書にも○をつけること。

※課税世帯は重継該当確認!

R4.4 改訂

見本 療費(精神通院医療) 健康保険等の種類に○をつけてください。 調査等についての同意書

■受診者ご本人および同じ健康保険等に加入しているご家族について記入してください。(太枠内のみ記入)

健康保険等の種類	被用者(本人)	被用者(家族)	国民健康保険	その他(後期高齢者医療等)
----------	---------	---------	--------	---------------

※国保・後期高齢者は加入者全員、社保は被保険者のみ記入してください。

	氏名		続柄	社会保険 の被保険 者(○印)	6年1月1日時 点の 住民票登録地	所得の状況(市記入欄)		
	生年月日					市町村民税	合計所得金額	
受診者 本人	(氏名)		本人		大和市	所得 非課税	所得確認年度の1月1日に住民票があ った市町村を記入。 1月~6月申請→前々年の居住地 7月~12月申請→前年の居住地	
	年 月 日生			()				
同じ健康 保険等 に加入し ている ご家族	(氏名)				大和市		円	
	年 月 日生						均等割りあれば課税	
	(氏名)						円	
	年 月 日生						均等割りあれば課税	
	(氏名)						円	
	年 月 日生						均等割りあれば課税	
世帯の市民税所得割合計額(※均等割は合算しません)							円	均等割りあれば課税

同一の健康保険証に加入しているご家族の氏名・生年月日を記入。
大和市外に住民票がある方がいる場合は、その方の現住所・氏名・生年月日・マイナンバーの確認が必要です。
メモ等でお知らせください。

[所得割課税の場合は確認] ※下記該当ある時は、旧市町村民税所得割額計算シートで計算すること
 0~15歳(人) 16~18歳(人)の扶養 住宅取得・寄付金控除(円) 定額減税(円)
 控除前税額(円) 調整控除(円) (計算後の市民税所得割額(この金額で判定) 円)

[世帯が非課税の場合] 受診者本人の 年金受給状況等 ※課税年度の対象 期間に受給した額 ※情報連携が必要な場 合は必ず確認	無・有(障害基礎年金・障害厚生年金・遺族年金・その他)	
	※障害年金の場合: 級 の年金による年間収入額(聞き取り)	円
	一律10万円(10万円以下は給与所得を全額控除)	円
		円
		円
合計(この金額で判定) (①+②+③+④-⑤-⑥) =		円

障害年金や遺族年金を受給している場合は、有無に○をし、有の場合は、年金の種類に○をつけてください。
また、課税年度に受給した金額が分かる書類を添付してください。(年金振込通知書や口座の写しなど)

受診者本人と同一の健康保険等に加入しているのは、上記のとおりです。
また、自立支援医療を受給するにあたり、市が上記の者について関係機関から情報を収集することに同意します。
※同意されない方は、右の欄にチェックしてください。 同意しません。

神奈川県知事・大和市長あて

申請日と受診者氏名の記入してください。18歳未満の場合は、申請書提出者氏名と続柄の記入もしてください。

年 月 日
受診者氏名 _____
申請書提出者氏名 _____ (続柄 _____)

市町村記入欄

⑤	1	生保	生活保護世帯	④	4	中間1	市町村民税所得割 3万3千円未満世帯※均等割のみを含む
	2	非課税1	本人所得80万円以下		5	中間2	市町村民税所得割 3万3千円以上23万5千円未満世帯
	3	非課税2	本人所得80万円超		6	一定以上	23万5千円以上世帯もしくは課税状況不明の世帯

⑤ 合計所得割額・④ 計算後	⑥ 本人収入・所得	所得区分	確認者
円	円		

※申請書にも○をつけること。
※課税世帯は重継該当確認!