

申請者住所 :

申請者氏名 :

受診者氏名 :

記載年月日 : 年 月 日

## 【調査・確認への同意について】

自立支援医療の申請に係る私及び私が属する世帯構成員の市町村民税の課税状況（申請を行う年の1月1日現在申請を行う市町に住所を有する人に限ります）、生活保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付（以下「支援給付」という。）受給の有無（福祉事務所を設置している市町のみ）及び国民健康保険又は後期高齢者医療制度加入情報、マイナ保険証等での資格確認について、市（町）が必要と認める場合にはその所有する個人情報により調査・確認することに同意します。また、この調査・確認にあたり私が属する世帯構成員の同意も得ています。

申請者氏名 :

年 月 日

市（町）長 様

下表の記入にあたり、別紙【世帯調書 記入上の注意点】をご確認ください。

世帯構成員 氏名等	被保険者 (○印を 記入)	生活保護又 は支援給付 受給の有無	市町村民税 非課税 世帯 の該当・非該当の状況		受診者本人(保 護者)の収入額	市町村民税 所得割額	【市町記入欄】 左欄の確認方法
			世帯構成員	世帯			
(受診者本人)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 被保険者証の写し
(申請者本人・保護者)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> マイナ保険証で確認
(保護者)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯であることがわかる書類の写し
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 支援給付受給世帯であることがわかる書類の写し
(世帯員) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であることがわかる書類
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 市町村民税額の課税状況がわかる書類
(世帯員) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 市町村民税の扶養控除の状況がわかる書類
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> 職権により確認
(世帯員) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<input type="checkbox"/> その他
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			<b>【非課税収入】</b>
(世帯員) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 課 稅	<input type="checkbox"/> 非課税			・障がい年金(有・無) 年額_____円
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 税	<input type="checkbox"/> 非課税			・遺族年金(有・無) 年額_____円
(世帯員) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 課 税	<input type="checkbox"/> 非課税			・特別児童扶養手当 (有・無)
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課 税	<input type="checkbox"/> 非課税			・その他(有・無)
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							<b>【対象年度1月1日の住所】</b>
(個人番号)							本人 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							住所_____
(個人番号)							被保険者 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外
							住所_____
							(上記の合計金額)

ここから下には記入しないでください

## 【市（町）記入欄】

所得区分	該 当 す る 内 容	認定項目
生活保護等	生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯	生保等
低所得 1	市町村民税非課税世帯かつ受診者本人（保護者全員のそれぞれ）の収入額≤80万円	低 1
低所得 2	市町村民税非課税世帯かつ受診者本人（保護者全員のそれぞれ）の収入額>80万円	低 2
中間所得層 1	世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額<3万3,000円	中間 1
中間所得層 2	3万3,000円≤世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額<23万5,000円	中間 2
一定所得以上	23万5,000円≤世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額	一定以上

市町確認年月日
_____

  

市町確認者 職・氏名
_____印

&lt;生活保護移行防止措置がない場合は点線枠内の記入は不要です。&gt;

