

世帯・収入状況等申告書（更生医療）

(宛先)山形市福祉事務所長

自立支援医療費(更生医療)の支給認定を申請するにあたり、私が属する世帯及びその収入等について次のとおり申告します。

支給認定にあたり、この世帯に係る市町村民税課税台帳その他の所得等を確認できる書類を閲覧する等の調査を行うことに同意します。

年 月 日 申請者氏名 _____ 印 ※1

1 世帯状況

申請者(自立支援医療を受診する方)と同じ医療保険に加入している家族について記入してください。

続柄	個人番号※2		医療保険等の状況	市町村民税 課税・非課 税の別 ※3	下記の事項は、世帯 の特例を受ける場合の み☑してください。	世帯認定欄 ※記入しな いでくださ い。
	氏名	生年月日				
申請者 本人	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定
	個番	年 月 日	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 健保扶養者	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 扶養控除有り <input type="checkbox"/> 扶養控除なし	<input type="checkbox"/> 認定

※ 課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。

◆世帯の特例について

世帯の特例では、同じ医療保険に加入している申請者及びその配偶者以外の家族が、税制上も医療保険上も申請者とその配偶者を扶養していない場合は、その家族を別の世帯とみなすことが可能となります。ただし、申請者及びその配偶者に市町村民税が課税されている場合にはその適用を受けることはできません。

※1 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※2 個人番号を個番と表記しています。

※3 市町村民税課税・非課税の別は、今年度の課税状況で判断します。ただし、受診日の属する月が4月～6月の場合には前年度の課税状況での判断となります。

(世帯全員が非課税の場合は裏面へ)

2 申請者の収入状況 (※ 1で記入した世帯の全員が非課税の場合にのみ記入してください。)

申請者(自立支援医療を受診する方)の前年の収入状況について、次の該当する事項に☑してください。

治療を開始する日の属する月が1月～6月までの場合は前々年の収入状況での判断となります。

年 1月～12月 における、申請者の年金収入及び手当について		
<input type="checkbox"/> 下表の年金及び障がい者手当を受給していない。		
<input type="checkbox"/> 年金収入 ※年金収入を確認できる書類を添付してください。 (「年金振込通知書の写し」または、「振り込まれた年金額を記帳した通帳の写し」)	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障がい厚生年金(級) <input type="checkbox"/> 障がい共済年金(級) <input type="checkbox"/> 特別障がい給付金 <input type="checkbox"/> 障がいを事由に給付される労災による年金等 <input type="checkbox"/> 遺族基礎年金 <input type="checkbox"/> 遺族厚生年金 <input type="checkbox"/> 遺族共済年金	受給額 円
<input type="checkbox"/> 障がい者手当	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	受給額 円

所得区分認定欄 ※記入しないでください。 賦課年度 ()年度

課税・非課税世帯の別	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯				
非課税世帯の場合 申請者の収入	課税収入 (円)年金収入()+合計所得() 非課税収入 (円) 収入合計 《 円》				
保険料算定対象者の市町村民税額 ◎社保の場合は、被保険者本人 ◎国保・後期高齢の場合は、加入者全員	氏名	所得割額	均等割課税	年少	16～18
		(円)	<input type="checkbox"/>		
		(円)	<input type="checkbox"/>		
		(円)	<input type="checkbox"/>		
		(円)	<input type="checkbox"/>		
	所得割額合計	《 円》			
所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低1 <input type="checkbox"/> 低2 <input type="checkbox"/> 中間1 <input type="checkbox"/> 中間2 <input type="checkbox"/> 一定以上				
重度かつ継続	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
上限自己負担額	<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 2,500円 <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円 <input type="checkbox"/> 医療保険の自己負担限度額 <input type="checkbox"/> 自立支援医療対象外				
調査者					