

世帯・収入状況等申告書

(あて先) 山形市長

令和 年 月 日

申請者住所 山形市

申請者氏名

(受診者が18歳未満の場合は保護者の住所・氏名)

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

支給認定に当たり、この世帯に係る市民税課税台帳その他の所得等を確認できる書類の閲覧及び医療保険の資格情報等の調査を行うことに同意します。また、調査結果を認定権者である山形県に提供することに同意します。

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	氏名	生年月日	医療保険等の状況	市民税課税・非課税の別 (※1)	下記の事項は、世帯の特例を受ける場合のみ レしてください。 税申告上、申請者又はその配偶者について扶養控除適用の有無	世帯認定欄 ※記入しないでください。
申請者本人		大・昭・平・令 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		
		大・昭・平・令 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
		大・昭・平・令 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
		大・昭・平・令 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

(欄が不足する場合は裏面にも記入できます。)

◆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)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。

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(治療を開始する日の属する月が1月～6月までは前々年)の収入状況について、次の該当する事項にレしてください。

下表に記載の収入はない。

下表に記載の収入がある。

下表の該当する項目にレし、受けている収入の種類を○で囲んでください。また、その金額のわかる書類(年金振込通知書、通帳の写し等)を添付してください。

<input type="checkbox"/> 年 金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金
<input type="checkbox"/> 障害者手当	特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当

※ 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。

続柄	氏名	生年月日	医療保険等の状況	市民税 課税・非課 税の別 (※1)	下記の事項は、世帯の 特例を受ける場合のみ □して下さい。 税申告上、申請者又は その配偶者について扶 養控除適用の有無		世帯認定 欄 ※記入しないで下さい。
					扶養控除有り	扶養控除なし	
		大・昭・平・令 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 稅 <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
		大・昭・平・令 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
		大・昭・平・令 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
		大・昭・平・令 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
		大・昭・平・令 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

所得区分認定欄 ※記入しないで下さい。

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) 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 国保の場合は、加入者全員)	氏名	所得割額	均等割課税
		(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			