

自立支援医療（育成医療）の課税状況等確認表

この確認表は世帯の市町村民税課税状況を確認するためのものです。
 なお、課税状況が分かる書類を提出した場合は、必要はありません。

太枠の「世帯構成員の氏名の欄」と「申請者氏名」を記入の上、市町村窓口へ提出してください。
 （※世帯構成員の欄は、「世帯」にする人の氏名を全員記入のこと）

世帯構成員の氏名	続柄	所得確認の 対象者に○ 印	市町村民税の課税状況		備考
			※所得確認の対象者のみ記入する。 課税の場合は、課税額(所得割)も記入のこと。		
	本人		1 非課税		
			2 課税 (円)		
			1 非課税		
			2 課税 (円)		
			1 非課税		
			2 課税 (円)		
			1 非課税		
			2 課税 (円)		
			1 非課税		
			2 課税 (円)		
「世帯」の課税金額の合計				円	
所得の確認結果		<input type="checkbox"/> 非課税世帯		<input type="checkbox"/> 課税世帯	
		(保護者全員それぞれの収入額) □80万円以下	(世帯の課税金額の計) 円	「重度かつ継続」申請 有・無	

<市町村の確認について>

- 所得確認の対象者は、「世帯」構成員のうち、医療保険の保険料の算定対象となっている人に○を付ける。
- 課税状況の確認は、所得確認の対象者についてのみ確認を行う。
- 非課税世帯の場合は、保護者全員それぞれの収入額を確認し、「80万円以下」の場合はチェックをする。
- 課税世帯の場合は、「重度かつ継続」の申請の有無を確認する。

自立支援医療費支給申請にあたり、市町村において認定に係る調査、確認及び関係機関等への照会を行うことに同意します。

なお、以上の内容については、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

年 月 日

氏名（申請者）

印

※記入押印または自筆による署名のいずれかとすること。
 受診者が18歳未満のときは保護者となります。

市町村確認欄	
担当課	氏 名
	印