

**記入例**

同意書 (国民健康保険・市民税)

受診者及び同一保険加入者は、障害者総合支援法第52条の規定による自立支援医療の受給資格等の確認に必要な、国民健康保険の加入状況及び市民税の課税状況を貴職が公簿等で確認することに同意します。

受付担当者

\* 申請者欄と  太枠内をご記入ください。

令和 ○年 ○月 ○日

住所 柏市 柏市柏五丁目10番1号

申請者

氏名 柏 太郎

職員記入欄	※国保の世帯員を国保画面の01資格照会を確認
国保記号番号	柏
加入者人数	人

	氏名	続柄	全世帯記入	
			市民税 所得割額	均等割
受診者	柏 太郎	本人	円	有・無
*2	柏 花子	妻	円	有・無
同一保険加入者	柏 一郎	子	円	有・無
	柏 次郎	子	円	有・無
			円	有・無
			円	有・無
同一保険加入者所得割額合計			円	有・無

所得割0円で均等割全員無しの場合記入	
税所得	公的年金 *1 その他収入
※18歳以上は本人の所得	円
円	円
※18歳未満のみ保護者分	円
円	円
※18歳未満のみ保護者分	円
円	円
税所得+公的年金 +その他収入合計	① 円

均等割無	収入合計①が 80万円未満 証明書類必要 *3 を参照	<input type="checkbox"/> 低1
	収入合計①が 80万円以上	<input type="checkbox"/> 低2

扶養対象者の有無を確認してください

18歳までの扶養者 有 無

受付担当者注意事項

33,000円未満 (均等割有含む)	<input type="checkbox"/> 中間1
33,000円以上235,000円未満	<input type="checkbox"/> 中間2
235,000円以上	<input type="checkbox"/> 一定以上

\*1 その他収入

障害年金等：障害(基礎・厚生・共済)年金、遺族(基礎・厚生・共済)年金等

各種手当等：特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、福祉手当、傷病手当等

\*2 社会保険加入者の場合は、被保険者のみ課税状況を確認する

\*3 低1は、収入合計が80万円未満である証明書の提出が必要(下記のいずれかチェック)

年金振込通知書、又は預金通帳の写し (6月以前は前々年、7月以降は前年分)を添付しますが、これ以外に「その他の収入」はありません。

遺族年金、障害年金等を含め、「その他の収入」はありません。

受診者氏名

柏 太郎

印