

同意書

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項目(健康保険証の加入状況,市民税の課税状況,等)の調査を行うことに同意します。

*申請者欄と 太枠内をご記入ください。

年 月 日

住所 柏市

申請者

(受給者本人)氏名

(1)健康保険証の種類:いずれかに○を記入

国保(柏市)／国保(柏市以外)／後期高齢／社保／共済／健保協会／その他()

(2)被保険者・同一保険者を記入

	氏名	① 市民税 所得割額	均等割	② 住宅借入金等特 別控除※1	③ 寄附金控除※1	税額 (①+②+③)
申請者		円	有・無	円	円	円
同一 保険 加入者 ※2		円	有・無	円	円	円
		円	有・無	円	円	円
		円	有・無	円	円	円
		円	有・無	円	円	円
同一保険加入者所得割額合計						円

(3)18歳未満の扶養者の有無※2

有・無	(18歳未満扶養者がいる場合) 6%計算シート結果	円
-----	------------------------------	---

33,000円未満 (均等割有含む)	☐ 中間1
33,000円以上235,000円未満	☐ 中間2
235,000円以上	☐ 一定以上

(4)所得割額0円かつ均等割「無」の場合に記入(18歳以上は本人、18歳未満は保護者分を確認)

税所得	公的年金	その他収入※4	収入合計④が 80万円以下 証明書類必要	☐ 低1
本人 円	本人 円	本人 円		
保護者 円	保護者 円	保護者 円	収入合計①が 80万円超	☐ 低2
④税所得+公的年金+その他収入合計			円	

低1は、収入合計が80万円以下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(申請日が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

受付担当者注意事項

- ※1 住宅借入金等特別控除及び寄附金控除は所得割額に加えます
- ※2 国民健康保険・後期高齢保険加入者は全員分を確認します
- ※3 18歳未満の扶養対象がいる場合,「6%計算シート」に対象人数,税額を入力してください
(参考)計算式: 税額-(0~15歳の扶養人数×330,000+16~18歳の扶養人数×120,000)×6%
- ※4 「その他収入」には以下が含まれます。
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

受付担当者