

記入例

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。

令和〇 年 〇 月 〇 日

いずれかに○をしてください

住所 柏市 柏5丁目1番1号

申請者
(受給者本人)氏名 柏 太郎

(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	柏 太郎	円	有・無	円	円	円
同一 保険 加入者 ※2	柏 花子	円	有・無	円	円	円
	柏 一郎	円	有・無	円	円	円
	柏 二郎	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

記入不要

該当するほうに○を記入

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
本人 円	本人 円	本人 円
保護者 円	保護者 円	保護者 円
④税所得+公的年金+その他収入合計		円

収入合計④が
80万円以下
証明書類必要

☐ 低1

収入合計①が
80万円超

☐ 低2

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。

いずれかにチェックを
入れてください

受診者氏名 柏 太郎

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