

自立支援医療費（精神通院医療）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「世帯員の氏名の欄」と「申請者氏名」を記入の上、市町村窓口に提出して下さい。

（※「世帯」員の欄は、「世帯」に属する人の氏名を全員記入のこと）

| 世帯員の氏名 | 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、課税金額（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 (本人収入の金額) <input type="checkbox"/> 82万6千5百円以下 | | <input type="checkbox"/> 課税世帯 (世帯の課税金額の計) | | 「重度かつ継続」申請 円 有・無 |
| | <市町村の意見等> | | | | |

<市町村の確認について>

- 所得確認の対象者は、世帯員のうち、受診者と同じ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。
- 「世帯」が非課税世帯の場合は、受診者本人の収入額を確認し「82万6千5百円以下」の場合チェックする。
- 「世帯」が課税世帯の場合は、「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）

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 |
| | |