

自立支援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、市町村窓口に提出して下さい。
(※世帯構成員の欄は、「世帯」に属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	☐ 非課税世帯		☐ 課 税 世 帯		
	(本人収入の金額) ☐ 82万6千5百円以下		(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」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、本人の収入額を確認し「826,500円以下」の場合チェックする。
○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。

令和 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。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