

同 意 書

私並びに私と世帯(医療保険)を同一にする者は、自立支援医療(精神通院)の所得区分認定のために下記事項について、市長が調査することに同意します。また、申請に対する決定内容について申請書に明記した医療機関等へ情報提供することに同意します。

- ① 所得課税状況に関する事 ・・・ 申告の有無、申告番号、所得税の有無、市町村民税(所得割額・均等割額)額、各種所得金額、住宅借入金等特別税額控除額
- ② 収入に関する事 ・・・ 公的年金等(障害厚生年金、障害基礎年金、老齢年金等)、特別障害者給付金、心身障害者扶養共済年金、各種手当(特別障害者手当等)の受給額
- ③ 住民票に関する事 ・・・ 氏名、性別、生年月日、世帯主名、続柄、現住所、異動事由、異動年月日
- ④ 国民健康保険に関する事 ・・・ 被保険者番号、資格取得日、資格喪失日
- ⑤ 後期高齢者医療に関する事 ・・・ 被保険者番号、資格取得日、資格喪失日
- ⑥ 生活保護等に関する事 ・・・ 生活保護受給状況及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立支援に関する法律による支援給付受給状況

平成 年 月 日

佐世保市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人番号:

| 申請者と世帯(医療保険)を同一にする者 | (申請者との関係) |
|----------------------|------------|
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |
| 住 所 氏 名 (個人番号: | 印 ()) |

※以後、世帯(医療保険)を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。

裏面に続く

収入申告書(本人についてのみ)

(受診する方が18歳未満の場合には、その保護者の収入についてご記入ください。)

私の前年1月から12月までの収入について、下記のとおり申告します。
(ただし、申請月が4月・5月・6月の場合は、上記「前年」を「前々年」とする。)

記

I 下記の1～3で該当するものに○をする。

1. 年金収入がある 2. 手当等その他の収入がある 3. 収入は全く無い

II 「1」に該当される方

年金の種類 等級 老 齢 ・ 障 害 ・ 遺 族 年 金 級

年金収入額 円

※ 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・特別障害給付金・障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金を受給している方は、年金証書または振込通知書の写しを添付してください。

III 「2」に該当される方

特別児童扶養手当 ・ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過的福祉手当
給与 ・ 賃金 ・ 作業所工賃 ・ 仕送り ・ その他()

収 入 額 円

※ 収入額がわかる書類の写しを添付してください。(ただし、給与・賃金は除く。)

IV 「3」に該当される方

()の扶養になっている

なお、当該年度佐世保市で申告をされていない方は、下記をご参照ください。

- ・ 1月2日以降に佐世保市に転入された方は、1月1日に住んでいた市町村から住民税の課税証明書または非課税証明書を取り寄せてください。
- ・ 健康保険証の被保険者(扶養義務者)が佐世保市以外に住んでいる方は、被保険者の住民税の課税証明書または非課税証明書が必要です。

16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族に関する申告書

平成22年度税制改正において、年少扶養控除及び16歳～18歳までの特定扶養控除の上乗せ分の廃止がおこなわれたことから、収入金額に変動がない場合でも所得税額が上昇することとなります。

自立支援医療(精神通院)自己負担上限額の算定は、市民税等の税額に応じて決定していることから、市民税額等に連動して自己負担上限額も上昇してしまうこととなります。

自立支援医療(精神通院)では、自己負担上限額の算定にあたり、扶養控除見直し前の旧税額を計算し、影響を生じさせないように対応することとなっており、扶養者の把握を行う必要がありますので、下記により扶養者について申告をお願いします。

①

| | | | | |
|---|-------|-------|---------|----------|
| | 申告者氏名 | 続柄() | | |
| 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族 (平成 年1月2日～平成 年1月1日生まれ) | | | | |
| | 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 別居の場合の住所 |
| 1 | | | H . . | |
| 2 | | | H . . | |
| 3 | | | H . . | |
| 4 | | | H . . | |
| 5 | | | H . . | |

②

| | | | | |
|---|-------|-------|---------|----------|
| | 申告者氏名 | 続柄() | | |
| 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族 (平成 年1月2日～平成 年1月1日生まれ) | | | | |
| | 氏 名 | 続柄 | 生 年 月 日 | 別居の場合の住所 |
| 1 | | | H . . | |
| 2 | | | H . . | |
| 3 | | | H . . | |
| 4 | | | H . . | |
| 5 | | | H . . | |

市町村記入欄

①

| | |
|----------|--|
| 一般扶養親族の数 | |
|----------|--|

②

| | |
|----------|--|
| 一般扶養親族の数 | |
|----------|--|