

# 収入等申告及び受給者証送付先確認書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

次のとおり申告します。

この申告書は、自立支援医療の利用に係る自己負担額認定申請書に添付するものであり、認定にあたり、私の収入状況及びその他の必要な事項について、市が税務資料・各種手当等公簿により調査することに同意する場合は、同意欄の□欄にチェックを入れてください。また、自立支援医療(精神通院医療)受給者証及び自己負担上限額管理票を「②受給者証の送付先」のとおり送付することに同意します。

**①申告者欄** (受診者本人 (ただし児童の場合、申告者は児童の保護者)) **及び同意欄**

申告者	フリガナ		同意欄	□
	氏名			
	居住地	〒	電話番号	

**②受給者証の送付先** (自宅以外の送付先を選択する場合に記入する。)

送付先	□ 病院[病院名: _____]	□ その他 [その他を選択された場合は下記に宛先を記入]
所在地等	〒 _____	
名称等		

**③世帯の課税状況及び生活保護適用の有無**

市民税における均等割の課税状況及び生活保護適用の有無	□ 課税	□ 非課税	□ 生活保護
----------------------------	------	-------	--------

※ 申告者の属する世帯 (ここで言う世帯とは同一の健康保険に加入している者全員を指します。以下「世帯」と記載。) で、市民税の均等割が課税されている方が少なくとも一人以上いる場合、「課税」に✓を入れてください。

**④申告者の収入等記入欄**

年金受給の有無	□ 無	□ 有
---------	-----	-----

※ 申請受付日が7月1日～12月31日の場合は前年中、1月1日～6月30日の場合は一昨年中の金額を記入して下さい。

	項目	金額	処理欄	市認定額	
所得金額	給与収入	円	円	i) 収入①	
	自営業収入	円	円		
	工賃収入	円	円	ii) 所得②	
	不動産収入	円	円		
	雑収入	円	円	③	
	配当収入	円	円		
	一時収入	円	円		
	退職所得	円	円		
	年金等	山林所得	円	円	円
		その他収入 (仕送り等)	円	円	
障害基礎 (厚生) 年金		円	円	④	
障害共済年金		円			
遺族基礎 (厚生) 年金		円			
恩給年金		円			
遺族共済年金		円			
老齢基礎 (厚生) 年金		円			
外国籍の無年金の障害者に対して年金と同様の額を地方公共団体が支給するもの		円			
労災年金		円			
心身障害者扶養共済の給付金	円				
手当	特別障害者手当	円			円
	障害児福祉手当	円			
	経過的福祉手当	円			
	特別児童扶養手当	円			

太枠内のみご記入ください。

**⑤申告者と健康保険を同じくする世帯員**（申告者も含む。）

氏名	続柄	被保険者	生年月日	住所	同意欄	■	個人番号
	本人		年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			年 月 日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- ※ 本申請に係る認定にあたり、市が、「世帯」員の住民情報及び「世帯」員に関する課税状況を住民票、税務資料等公簿等により調査することに同意する場合は、同意欄の□欄にチェックを入れてください。
- ※ 上記調査について、「世帯」全員の同意が得られない場合、「世帯」全員が記載された住民票（住民票謄本）、課税証明書その他証明書類を添付してください。
- ※ 「個人番号」欄については、「自立支援医療（精神通院）支給認定申請書」に個人番号を記入した者についての再記入は不要です。
- ※ 「■」欄については、基準日において16歳以上19歳未満である者の場合は、□欄にチェックを入れてください。
- ※ ⑤に記入した者以外に、被保険者の扶養親族で基準日において16歳以上19歳未満である者がいる場合は、⑤欄に記入してください。
- ※ 申請受付日が7月1日～12月31日の場合はその年の1月1日、申請受付日が1月1日～6月30日の場合は前年の1月1日を「基準日」とします。

**⑥被保険者と健康保険が異なる扶養親族**（基準日において16歳以上19歳未満の者について記入してください。）

氏名	生年月日	扶養者氏名
	年 月 日	
	年 月 日	

**⑦世帯範囲の特例**

氏名	個人番号	同意欄	氏名	個人番号	同意欄
		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

- ※ 世帯範囲の特例とは、①税制上、同一の「世帯」に属する親、兄弟、子ども等が受診者及びその配偶者を扶養控除の対象にしていないこと、②健康保険制度において、同一の「世帯」に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者となっていないこと、のいずれにもあてはまる場合に、同一健康保険加入者の世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみを世帯の範囲とみなすことです。

**届出者欄**（申告者本人が届け出る場合には、本欄の記入は不要です。）

届出者	フリガナ		区分	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者 ( <input type="checkbox"/> 代筆)
	氏名		申告者との関係	
	住所	〒	電話番号	

- ※申請書を提出する方（窓口へ来られた方）は本人確認書類（障害者手帳、健康保険証等）が必要です。

本人確認	障・保・免・マイ・パ・年・( )
------	------------------