

自立支援医療(精神通院)に関する世帯状況届及び同意書

①

受診者住所	逗子市	丁目	番	号
健康保険等の種類	被用者(本人) / 被用者(家族) / 国民健康保険 / 後期高齢 / 生活保護 / その他()			
年金の受給状況	無 / 有 ⇒ 障害基礎・障害厚生 級 / 遺族基礎・遺族厚生 / その他 ()			

② 受診者本人 及び 同じ医療保険に加入している方の状況を記入してください。

	氏名	続柄	社会保険 の被保険 者(○印)	所得の状況 (市町村記入欄)	
	生年月日			市民税	収入額
受診者本人	(氏名)	本人		☐ 非課税 (右の収入額を記入すること。)	・合計所得金額 円
	昭・平・令 年 月 日			☐ 所得割 円	・公的年金収入 円 ・その他 (非課税年金等) 円
同一世帯員 (受診者と同じ 医療保険に 加入している人)	(氏名)			☐ 所得割 円	※住宅借入金等特別税額控除 円 ※寄附金税額控除 円 は、上記所得割と合算します。(以下、同じ。)
	昭・平・令 年 月 日				
	(氏名)			☐ 所得割 円	※住宅借入金等特別税額控除 円 ※寄附金税額控除 円
	昭・平・令 年 月 日				
	(氏名)			☐ 所得割 円	※住宅借入金等特別税額控除 円 ※寄附金税額控除 円
	昭・平・令 年 月 日				
	(氏名)			☐ 所得割 円	※住宅借入金等特別税額控除 円 ※寄附金税額控除 円
	昭・平・令 年 月 日				
			合計	☐ 非課税 円	
				☐ 所得割 円	

※ 被用者保険の場合は、「被保険者」のみの所得で判定
※ 国保の場合は「国保加入の被保険者全員」の所得の合算で判定
※ 後期高齢の場合は「後期高齢加入の被保険者全員」の所得の合算で判定

※「合計所得金額」がマイナスの場合は、0円とみなす。(マイナス金額で相殺しない。)

1月1日現在の住所が現住所と異なる場合や、保険証の中に住所が異なる方が存在する場合には、この欄に記載してください。

--

世帯の範囲の特例 (該当する方は右の欄に○印をつけてください。)

☐

受診者及び配偶者は市町村民税非課税であるが、同一「世帯」の他の家族が市町村民税課税である場合であって、税法上及び健康保険上の扶養関係がない時は、特例として、受診者及び配偶者を別の「世帯」として取り扱います。

私と同一の健康保険に加入している(または生活保護を受給している)のは、上記のとおりです。
なお、自立支援医療を受給するにあたり、受診者及び同一世帯員の必要な情報を照会することに同意します。

③

令和 年 月 日	申請者(18歳未満の場合は保護者)署名
----------	---------------------

市町村記入欄

所得区分	特例世帯	年少扶養(15歳以下)
☐ 生保 《上限額》 0円	有 / 無	人
☐ 非課税1 (本人収入)80万円以下 《上限額》2,500円		× 所得割△19,800円
☐ 非課税2 (本人収入)80万円超 《上限額》5,000円	重度かつ継続	特定扶養(16～18歳以下)
☐ 中間1 (所得割)33,000円未満 ※均等割のみを含む。 《上限額》5,000円	該当 / 非該当 ※診断書⑨欄	人
☐ 中間2 (所得割)33,000円～235,000円未満 《上限額》10,000円		× 所得割△7,200円
☐ 一定以上 (所得割)235,000円以上 《上限額》20,000円	※ICDコード F00～F39,G40	確認者