

所得等調査に対する同意書兼世帯調書

〔市町村提出用〕※1

住所： _____

申請者氏名： _____

(申請者は、受診者が18歳未満のときには保護者、それ以外は受診者です)

【調査・確認への同意について】

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく医療を受けたいので、医療保険の世帯、保護者に係る税状況・生保状況・国保状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の調査について、貴市に依頼することに同意します。なお、この調査・確認にあたり、私が属する世帯構成員の同意を得ています。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下表の記入にあたり、別紙【世帯調書 記入上の注意点】をご確認ください。

世帯構成員 氏名等	被保険者 (○印を 記入)	生活保護又は 支援給付受給 の有無 ※2	市民税世帯の該当・非該当の状況		受診者本人(保 護者)の収入額	市町村民税 所得割額	【市町記入欄】 左欄の確認方法
			世帯構成員	世帯			
(受診者氏名)		□ 該 当	<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	□ 課税	/		<input type="checkbox"/> 被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 であることがわかる書類 の写し <input type="checkbox"/> 支援給付受給世帯 であることがわかる書類 の写し <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税 世帯であることがわか る書類 <input type="checkbox"/> 市町村民税額の課 税 状況がわかる書類 <input type="checkbox"/> 市町村民税の扶養 控除の状況がわかる書 類 <input type="checkbox"/> 職権により確認 <input type="checkbox"/> その他
(保護者)			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(保護者)			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(世帯員) <small>(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日</small>			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(世帯員) <small>(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日</small>			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(世帯員) <small>(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日</small>			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(世帯員) <small>(生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日</small>			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)		□ 非該当	<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税	□ 非課税			{ }
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)			<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税				
					(上記の合計金額)		

【備考欄】 (※3 <<注>>)

- ※1 市町村においては、本同意書兼世帯調書の写しを県保健所に進達する書類に添付願います。
- ※2 一関市以外の生活保護を受給している方は、この同意書を提出する必要はありません。(ただし、一関市以外の生活保護を受給していることがわかる書類を提出してください。)
- ※3 「個人番号(①)及び申請者の身元(②)」を確認できるものがが必要です。(例：「個人番号カード(①②)」、「通知カード(①)+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類(②)」、「顔写真入りの書類がない場合は、保険証、年金手帳等の書類が2つ以上必要」)

【世帯調書 記入上の注意点】

- 1 「世帯構成員」とは、同一の医療保険に加入している人をいいます（ただし、受診者が18歳未満の場合、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受給者を「世帯構成員」とみなします。）。
国民健康保険又は後期高齢者医療制度では世帯全ての被保険者を、国民健康保険及び後期高齢者医療制度以外の場合は被保険者を構成員として記入してください。
- 2 記入表において、申請者が受診者本人の場合は申請者本人欄への記入は不要です。
ただし、申請者が保護者（受診者が18歳未満）の場合には、申請者本人・保護者欄に該当する人を記入してください。
保護者とは、児童福祉法第6条に規定する親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者をいいます。
- 3 被保険者欄には被保険者に○印を記入してください。
国民健康保険又は後期高齢者医療制度の場合は世帯構成員全員が被保険者になります。
- 4 生活保護世帯又は支援給付受給世帯の場合は、生活保護開始決定通知書及び生活保護受給証明書等又は支援給付決定通知書などにより該当・非該当にレ印をつけてください。
- 5 市町村民税課税状況については、申請をする年度の額を記入してください。
申請時に未確定の場合は、前年度の額を記入してください。
- 6 市町村民税非課税世帯の場合は、市町村民税非課税世帯がわかる書類により該当・非該当にレ印をつけてください。また受診者本人の収入額をあわせて記入してください。
受診者本人が18歳未満の場合は、受診者本人の収入額は保護者全員それぞれの収入額になります。受診者本人の収入額欄には記入を行わないで、保護者の収入額欄にそれぞれ収入額を記入することとし、この場合のみ加入している医療保険に関わらず全ての保護者の収入額を記入してください。

受診者又は保護者の収入額とは、①地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、②所得税法第35条第2項第1号に規定する国民年金、厚生年金、共済年金等公的年金等の収入金額、③厚生労働省令で定める障害年金、遺族年金、障害手当金、障害一時金、特別障害給付金、障害補償、障害給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等給付の①～③を合計した額です。
この場合、年金証書、振込通知書、特別児童扶養手当等の証書等により、収入額がわかる書類の写しを添付してください。
- 7 市町村民税非課税世帯でない世帯は、市町村民税課税証明書などにより被保険者の市町村民税所得割額を記入し、合算額を合計金額欄に記入してください。
- 8 世帯の特例の認定要件は、世帯は市町村民税課税世帯であるが、受診者本人及びその配偶者が市町村民税非課税であること。なおかつ受診者本人及びその配偶者以外の世帯構成員が、受診者及びその配偶者を市町村民税上の各種扶養控除の対象としていないことが必要です。
この場合は、受診者本人及び配偶者氏名を○で囲み、世帯構成員の市町村民税の扶養控除の状況がわかる書類を添付してください。