

同意書

私および同一保険加入者は、障害者総合支援法第52条の規定による自立支援医療の受給資格等の確認に必要な項目（保険加入状況,市民税の課税状況等）の調査・照会を行うことに同意します。

* 申請者欄と 太枠内をご記入ください。 令和 年 月 日

申請者
(受給者本人)
※申請者が18歳未満
の場合は保護者

住所 柏市
氏名

(1) 健康保険の種類:いずれかに○を記入

国保(柏市)／国保(柏市以外)／後期高齢者／社会保険／共済／健保協会／その他()

(2) 被保険者・同一保険加入者を記入

	氏名(被保険者に ☒)	① 市民税 所得割額	② 住宅借入金等 特別控除※1	③ 寄附金控除 ※1	均等割	税額 (①+②+③)
対象者	☐	円	円	円	有 ・ 無	円
同一 保険 加入者 ※2	☐	円	円	円	有 ・ 無	円
	☐	円	円	円	有 ・ 無	円
	☐	円	円	円	有 ・ 無	円
	☐	円	円	円	有 ・ 無	円
※3 市民税における18歳以下の扶養対象の有無					同一保険加入者 所得割額合計	有 ・ 無 円

有 (扶養人数を記入)	0～15歳 人	無
	16～18歳 人	
(18歳以下の扶養者がいる場合) 6%計算シート結果 ※扶養者の税額を控除すること		円

33,000円未満 (均等割有含む)	☐ 中間1
33,000円以上235,000円未満	☐ 中間2
235,000円以上	☐ 一定以上

(4) 所得割0円で均等割全員無しの場合記入(18歳以上は本人, 18歳未満は保護者分を確認)

	合計所得	公的年金	その他収入※4
本人	円	円	円
保護者 (本人18歳未満の場合)	円	円	円
④合計所得+公的年金+その他収入合計			円

収入合計④が 809,000円以下 確認書類必要	☐ 低1
収入合計④が 809,000円超	☐ 低2

低1は、収入合計が809,000円以下であることの確認が必要(下記のいずれかチェック)

- ☐ 年金振込通知書, 又は預金通帳の写しを添付しますが, これ以外に「その他の収入※4」はありません。
※申請日が6月以前は前々年, 7月以降は前年分を確認します。
- ☐ 遺族年金, 障害年金等を含め, 「その他の収入※4」はありません。

受付担当者注意事項

- ※1 住宅借入金等特別控除及び寄附金控除は所得割額に加えます
- ※2 国民健康保険・後期高齢保険加入者は全員分を確認します
- ※3 18歳以下の扶養対象がいる場合, 「6%計算シート」に対象人数, 税額を入力してください
(参考) 計算式 : 税額-(0～15歳の扶養人数×330,000+16～18歳の扶養人数×120,000)×6%
- ※4 「その他収入」には以下が含まれます。
障害年金等: 障害(基礎・厚生・共済)年金, 遺族(基礎・厚生・共済)年金等
各種手当等: 特別障害者手当, 障害児福祉手当, 特別児童扶養手当, 福祉手当, 傷病手当等

受付担当者