

同意書

記入例

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

いずれかに○を記入

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 **柏5丁目10番1号**

氏名 **柏 太郎**

(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

被保険者の□に✓を記入

	氏名(被保険者に✓)	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	柏 太郎 ☐				有・無	円
同一 保険 加入者 ※2	柏 花子 ☐					円
	柏 一郎 ☐					円
	柏 二郎 ☐					円
	☐					円

※3 市民税における18歳以下の扶養対象者

有 (扶養人数を記入)	0～15歳	人
	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		

記入不要

(4) 所得割0円で均等割全員無しの場合

	合計所得	
本人	円	
保護者 (未成年者の場合)	円	
年金+その他収入合計		円
		809,000円超 ☐ 低2

いずれかに✓を記入

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歳以下の扶養対象者がいる場合, 「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