

あて先 高 松 市 長

申請者 住所 高松市番町〇丁目〇番〇号

受給者本人
18歳未満は保護者

氏名 高 松 花 子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

令和 年度自立支援医療（精神通院医療）世帯課税状況等申告書（承諾書）

次のとおり世帯状況および収入・課税状況等について申告します。
なお、自立支援医療（更生医療・精神通院医療）費の支給申請に対する決定のため、地方税法に基づく所得状況を、課税台帳等により確認されることを承諾します。
また、医療保険の被保険者等の資格に関する情報、生活保護法の受給の有無について確認されることを承諾します。

	氏 名	続柄	生年月日	収 入	市町村民税の状況		
					16～18歳扶養親族の人数 ※	課税	所得割額
受給者 (受診者)	高松 花子	本人	〇年△月×日	円	人	有・無	円
	※障害年金・遺族年金・特別障害給付金等非課税の収入について		有・無	障害年金 2 級 約 78 万 円			
世 帯 員			年 月 日	円	人	有・無	円
			年 月 日	円	人	有・無	円
			年 月 日	円	人	有・無	円
			年 月 日	円	人	有・無	円
			年 月 日	円	人	有・無	円

注

- 1 対象者について
- (1) 国民健康保険加入者の場合は受給者と国民健康保険に加入している方全員を記載してください。
- (2) 後期高齢者医療制度加入者の場合は、受給者と後期高齢医療に加入している方全員を記載してください。
- (3) (1)(2)以外の場合は受給者と被保険者（保険加入者本人）のみを記載してください。
- 2 「※障害年金・遺族年金・特別障害給付金等非課税の収入」について、受給者（受診者）本人の額(該当する年の1～12月までに受給した額)を記入してください。
- ※ 市町村民税当該年度における16～18歳の扶養親族について記入してください。

担当者記入欄	
年少扶養	人
高校生扶養	人

障がい福祉課 確 認 欄