

(宛先) 高 松 市 長

申請者 住所

氏名

電話番号

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（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、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)		本人	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	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 申告する対象者について

- (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