

世帯状況・住民税・本人収入閲覧同意書

* 下記の太枠のみご記入ください。

(あて先) 日野市長
 自立支援医療の申請に当たり、支給決定に必要となる申請者及び世帯全員について、日野市が保有する課税資料等を日野市健康福祉部障害福祉課担当職員が閲覧することを同意します。

年 月 日

申請者(受診者)	日野市		
住 所			
申請者(受診者)	(ふりがな)	保護者氏名	(自筆又は記名捺印) ㊟
ふり 氏 名	(自筆又は記名捺印) ㊟		(自筆又は記名捺印) ㊟

 点線から下は職員が記入

世帯状況

申請者本人(受診者)と同じ保険加入の世帯員(国保・後期は世帯の加入者全員・社保その他は被保険者のみ)記入

※国保・後期の方は世帯全員の氏名を記入
 ※その他(社保など)の方は被保険者名のみを記入

世帯員氏名	保険種別	扶養	本人の収入及び年金受給の場合は等級	住民税額(所得割を記入) (所得割が0で均等割がある場合は均等割を記入)	※
※申請者	国保 後期 社保 ・()	/	*世帯が非課税の場合のみ記入	円	
			年金 級・	円	
			収入・所得	円	
				円	
				円	
				円	
				円	
				円	
所得割額			住民税合計	円	
中1 (3万3千円未満)			所得区分	生保・低1・低2	
中2 (23万5千円未満)				中1・中2・一定以上	
一定 (23万5千円以上)					

- ※ 非課税で本人所得・年金収入が80万円未満は低1、80万円以上は低2となります。
- ※ 国保・後期で課税者(配偶者以外)がいる場合で、受診者と税法上の扶養関係がない場合のみ、
- Xを記入、住民税合計しない。(本人・配偶者以外で課税者がある場合に注意!!)