

同意書 兼 世帯状況申出書

私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員が私及び次の者の収入状況につき、課税台帳等の市町村民税関係公簿又は生活保護受給者台帳、国民健康保険・後期高齢者医療の加入状況につき、保険資格関係公簿、また必要に応じて他の関係公簿を閲覧及び申請証明受領することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

また、転入の場合は、自立支援医療（育成医療）給付に係る診断書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。

(申請者) 年 月 日

住所 東大阪市 _____

氏名 _____

受診者氏名 (児童) _____

【受診者と同一保険の加入者】 ※市町村民税非課税世帯の場合は同一保険でない保護者についても全て記入。

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	年齢※	住所 (申請者住所と異なる場合に記入)
				個人番号
(受診者)	本人			

※年齢については税証明の年度の前年の 1 2 月 3 1 日時点の年齢

（裏に説明あり）

「市町村民税における 18 歳未満の扶養親族」について

- 自立支援医療費（育成医療）の自己負担上限月額、世帯員の市町村民税区分、市町村民税所得割額により決定しています。

平成 24 年度より市町村民税の扶養控除については、16 歳未満の年少扶養控除及び 16 歳から 18 歳までの特定扶養控除の上乗せ部分が廃止されましたが、自立支援医療（育成医療）の自己負担上限月額の決定にあたっては扶養控除見直しによる影響額を少なくするため、扶養控除見直し前の旧税額で行います。

旧税額を正しく計算するために、本様式「同意書兼世帯状況申出書」に記載いただきますので、記載漏れ等があった場合、自己負担上限月額に影響が生ずる場合があります。