

様式第 21 号の 2 (第 17 条関係)

自立支援医療費 (育成医療) 支給認定に係る申告及び同意書

自立支援医療費 (育成医療) 支給認定に係る負担額を算定するため、次のとおり申告をするとともに、本人、本人と同一医療保険加入者及び保護者の市民税額等に関し調査することに同意します。

年 月 日

\*生活保護受給の有無 有 ・ 無

\*年金受給の有無 有 ・ 無

年金の種類	金額 (年額)
	円
	円
	円

\*特別児童扶養手当等の受給の有無 有 ・ 無

手当の種類	金額 (年額)
特別児童扶養手当	円
特別障害者手当・障害児扶養手当・経過的福祉手当	円

\*医療保険多数該当の有無 有 ・ 無

申請前の 12 か月において、受診者及び受診者の属する医療保険の世帯が 3 回以上、高額療養費の支給を受けた月があります。

\*世帯範囲の特例 有 ・ 無

下記のいずれにもあてはまるため、同一医療保険加入者ではなく、受診者及びその配偶者のみの課税状況による上限負担額に該当します。

1. 受診者及びその配偶者は市町村民税非課税者であるが、その他同一医療保険加入者は市町村民税課税者である。
2. 税制上、同一医療保険加入者である親兄弟、子ども等が受診者を扶養控除の対象としていない。
3. 医療保険上、同一医療保険加入者である親兄弟、子ども等の被扶養者となっていない。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(あて先) 松 江 市 長