

### 自立支援医療費 同意書 兼 収入申告書

(宛先) 松阪市長

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の自立支援医療費の支給認定申請にあたり、私及び同一世帯員並びに扶養・被扶養の関係にある者の所得及び課税の状況等を松阪市が調査することについて同意します。

また、市民税非課税世帯の場合、次のとおり前年の収入を申告します。

#### 記

1 利用目的

法第54条に定める三重県が行う支給認定

2 調査内容

加入する医療保険が健康保険（社会保険）の場合には、扶養・被扶養の関係にある者、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している者全員の所得等を関係機関に照会すること。

住所 \_\_\_\_\_ 令和6年12月31日時点の  
16～18歳の扶養人数  
氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 人  
(18歳未満の場合は保護者氏名)

※ 税又は健康保険において受診者を扶養している人が住民票上別世帯の場合は、下欄に住所氏名等ご記入ください。

住所 \_\_\_\_\_ 令和6年12月31日時点の  
16～18歳の扶養人数  
氏名 \_\_\_\_\_ ( ) 人  
生年 月日 \_\_\_\_\_ 受診者からみた続柄 ( )

※ この同意書に記された16～18歳の控除対象扶養親族の人数を住民税における内容と相違ないものとみなします。

3 申告内容

厚生労働省令で定める給付金等による収入（受けているものを○で囲んで下さい。）

有・無	・障害（基礎・厚生）年金（1・2・3）級 ・遺族（基礎・厚生）年金 ・労災、公務災害による障害補償給付等 ・特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当 ・福祉手当 ・その他（ )	収入額	月額	円
			年額	円

(記入上の注意)

・この申告書は、受給者が18歳以上の場合は受給者本人の収入を、18歳未満の場合は保護者のうち最も収入が多い者の収入（所得）を記入してください。

・申請書提出日が4～6月の場合は前々年の収入額を、7月以降の場合は前年の収入額を記入してください。