

同意書 兼 世帯状況申出書 (自立支援医療・精神通院用)

私は、自立支援医療費(精神通院)支給に係る申請にあたり、その認定のために市担当職員が私及び私の世帯員の収入状況につき市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、また国民健康保険・後期高齢者医療保険の加入状況につき、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することに同意します。また閲覧の結果、市民税非課税世帯である場合には受給者にかかる収入の状況が確認できる資料を提出することに同意します。

転入等の場合には、転入前の自治体より自立支援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同意します。また医療受給者証等を医療機関宛に送付することに同意します。

【申請者】 令和 年 月 日

氏名: _____

保護者: _____ (申請者本人が18歳未満の場合は保護者の記入が必要です)

住所: 大阪市 _____ 区 _____

本年1月1日住所: _____

前年1月1日住所: _____

【同一健康保険加入世帯員】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

Table with 5 columns: 氏名, 生年月日, 年齢, 続柄, 住所・個人番号. Contains 5 rows for family members.

【市民税における16歳~18歳の特定扶養親族】

※支給開始月(更新月)が平成24年7月以降の場合には本欄の記入が必要です。

今回閲覧する上記世帯員の市民税において、当該市民税の対象となる年の12月31日時点で、16歳~18歳までの控除対象扶養親族(特定扶養親族)がいる場合に、被扶養者およびその扶養者の氏名他を記入してください。

Table with 5 columns: 被扶養者氏名, 生年月日, 年齢, 扶養者氏名, 住所. Contains 3 rows for dependent family members.

【受給者証等の送付先】

医療受給者証等は原則主たる医療機関へ送付しますが、自宅等への送付を希望する場合は下記に記入してください。

【同意書の記入にあたって】

自立支援医療費（精神通院）の支給認定にあたり、負担上限月額を決定するために本人もしくは世帯員の収入状況を確認する必要があります。

【16歳～18歳の特定扶養親族について】

※本欄は支給開始月（更新月）が平成24年7月以降の場合に記入が必要となります。

自立支援医療費（精神通院）の負担上限月額は、世帯の市民税課税区分、市民税所得割により決定しています。平成24年度より市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～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、自立支援医療費の負担上限月額の決定にあたっては扶養控除見直し前の旧市民税額で行います。そのため廃止された扶養控除のうち、特定扶養控除の上乗せ部分については本同意書兼世帯状況申出書に記入していただいた内容を元に確認することになります。

つきましては、今回閲覧する市民税において、当該市民税の対象となる年の12月31日時点（例：平成31年度市民税の場合は平成30年12月31日時点）で16歳から18歳までの控除対象扶養親族がいる場合には、被扶養者及びその扶養者の氏名他を記入してください。

記入漏れ等があった場合、負担上限月額に影響を及ぼす場合があります。

該当する年齢の世帯員がいない場合や、16歳～18歳であっても市民税の控除対象扶養親族でない場合には記入する必要はありません。

16歳未満の年少扶養控除については、閲覧する市民税及び市外からの転入の場合には添付する市民税課税証明書により確認しますので記入の必要はありません。ただし、課税証明書に年少扶養控除の記載がない場合には表面の【16歳～18歳の特定扶養親族】欄に16歳未満の扶養親族も合わせて記入してください。

※16～18歳の特定扶養親族の例

自立支援医療の開始月 (更新の場合は更新後の開始月)	対象となる可能性のある特定扶養親族
平成30年7月～令和元年6月	平成11年1月2日～平成14年1月1日までの間に生まれた方
令和元年7月～令和2年6月	平成12年1月2日～平成15年1月1日までの間に生まれた方
令和2年7月～令和3年6月	平成13年1月2日～平成16年1月1日までの間に生まれた方