

自立支援医療に係る調査同意書兼収入申告書

年 月 日

豊島区長 宛

住 所

氏 名

1. 自立支援医療制度の利用者負担額決定のため、私の世帯の医療保険、住民税、及び収入に係る情報を調査することに同意します。

2. 19歳未満の扶養親族に関する申し出について
該当する方は次の□にチェックしてください。

☐ 今回、健康保険証の写しを提出している方以外に、前年中、同じ保険の加入者で19歳未満の扶養親族がいた。

※この申し出により自己負担が増えることはありません。自己負担が軽減となる場合には、ご連絡させていただく場合があります。

(以下は、非課税世帯の方のみ記入してください)

3. 収入申告(※)

該当する収入をご記入ください(令和5年1月～12月)。

収入の種類	金額(年額)
遺族年金・障害年金	円
特別障害者手当・特別児童扶養手当	円
労災等の障害給付	円

収入申告(※)

自立支援医療(更生医療)の自己負担は、所得水準に応じて負担の上限額が定められています。住民税非課税の方は、収入に応じて低所得1(負担上限額2,500円)と低所得2(負担上限額5,000円)に分けられます。

収入とは地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入金額、その他厚生労働省令で定める給付金額の合計金額となります。

- 低所得1の対象は、受診者の属する「世帯」が区民税非課税世帯であって、受給者に係る収入の合計金額が80万円以下であって、かつ、生活保護受給者ではない方となります。
- 低所得2は、生活保護受給者ではない区民税非課税世帯であって、低所得1ではない方です。

この申告は、低所得 1 と低所得 2 を判断するために必要です。

各項目の収入がない場合は 0 円とご記入ください。収入が 80 万円を超える方、金額の記載がない方は低所得 2 となります。