

自立支援医療（更生医療・育成医療）に関する世帯状況届及び同意書

受診者住所			
受診者氏名		年金の受給状況	無・有（年金名）
健康保険等の種類	被用者(本人) 被用者(家族)	国民健康保険	生活保護 その他（）

ご本人及び同じ保険証に記載されているご家族の状況を記入ください。

	氏名		続柄	社会保険 の被保険 者(○印)	所得の状況(市町村記入欄)※	
	生年月日				町民税	収入額
受給者本人			本人		非課税	円
	明大昭平 年 月 日				所得割	円
ご家族					非課税	円
	明大昭平 年 月 日				所得割	円
					非課税	円
	明大昭平 年 月 日				所得割	円
					非課税	円
	明大昭平 年 月 日				所得割	円
					非課税	円
	明大昭平 年 月 日				所得割	円
				合計	円	
				所得割	円	

※欄は記入しないでください。

平成31年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合や、保険証の中の住所が異なる方が存在する場合には、この欄にわかるように記載してください。

世帯の範囲の特例（該当する方は右の欄に○印をつけてください。）

受診者及び配偶者は町民税非課税であるが、同一「世帯」の他の家族が町民税課税である場合であって、税法上及び健康保険上扶養関係がない時は、特例として、受診者及び配偶者を別の「世帯」として取扱います。

私と同一の健康保険に加入している（または生活保護を受給している）のは、上記のとおりです。また、自立支援医療を受給するにあたり、町が関係機関から必要な情報を収集することに同意します。

同意されない方は、右の欄にチェックをしてください。 同意しません。

（同意されない方は、課税（非課税）証明書をご提出ください）

申請者氏名

年 月 日 大磯町長様