

同意書 兼 世帯状況申出書《自立支援医療費（育成医療）》

私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員が私及び私の世帯員の収入状況につき、課税台帳等の市町村民税関係公簿、生活保護受給者台帳、また、国民健康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及び申請証明受領することについて同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

また、転入の場合は、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ついて同意します。

(申請者（保護者）)

年 月 日

住所

申請者（保護者）氏名

【同一健康保険加入世帯員】

国民健康保険は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	住所
	年 月 日		本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

【市町村民税における18歳までの扶養親族】

今回閲覧する上記世帯員の市町村民税において、当該市町村民税の対象となる年の12月31日時点で、18歳までの扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）がいる場合、下記に記入してください。

被扶養者氏名	生年月日	年齢	扶養者氏名	住所
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

「市町村民税における18歳までの扶養親族」欄について

- 自立支援医療費（育成医療）の自己負担上限月額、世帯員の市町村民税区分、市町村民税所得割額により決定しています。

平成24年度より市町村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歳から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、自立支援医療の自己負担上限月額の決定にあたっては扶養控除見直しによる影響額を少なくするため、扶養控除見直し前の旧税額で行うこととなりました。

そのため、旧税額を正しく計算するため、16歳未満の年少扶養親族及び16歳から18歳までの特定扶養親族について、「同意書兼世帯状況申出書」に記載いただき、確認することとなりました。

- 下記の要件を全て満たす場合に記入が必要となります。

1. 平成24年7月1日以降に自立支援医療費（更生医療）の申請をする方
2. 市町村民税課税世帯の方
3. 市町村民税の対象となる年の12月31日時点で、18歳までの控除対象扶養親族がいる方

（例）令和3年度市町村民税の場合

年 齢	対象となる可能性のある扶養親族の基準日（生年月日）
0歳～15歳	平成17年1月2日～令和2年12月31日までの間に生まれた方
16歳～18歳	平成14年1月2日～平成17年1月1日までの間に生まれた方

- 上記の要件に該当しない場合は、「市町村民税における18歳までの扶養親族」欄の記載は必要ありません。

- 記載漏れ等があった場合、自己負担上限月額に影響が生ずる場合があります。

注）・年少扶養親族とは16歳未満の扶養親族を指します。

・特定扶養親族とは16歳から18歳までの扶養親族を指します。