

同意書 兼 世帯状況申出書《自立支援医療費（精神通院）》

堺市

① 申請者（申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

私は自立支援医療費（精神通院）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、堺市職員が私の収入、税、健康保険その他の必要に応じた公簿を閲覧し、又は証明書を受領することに同意します。また、転入の場合、転入前の自治体から当該制度の支給認定に係る診断書等の写しを取り寄せることについて同意します。

住所 堺市 _____ 区 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本年1月1日住所 _____ 前年1月1日住所 _____

氏名 _____ (受診者が18歳未満の場合) 保護者氏名 _____

② 同一健康保険加入世帯員（各世帯員が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

私は上記申請者の同一健康保険加入世帯員ですが、自立支援医療費（精神通院）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、堺市職員が私の収入、税、健康保険その他の必要に応じた公簿を閲覧し、又は証明書を受領することに同意します。

（国民健康保険・後期高齢者医療は本人を除く全員、社会保険は被保険者を記入してください。）

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所
	明治 大正 昭和 平成 令和 .		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
本年1月1日住所		前年1月1日住所	
	明治 大正 昭和 平成 令和 .		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
本年1月1日住所		前年1月1日住所	
	明治 大正 昭和 平成 令和 .		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
本年1月1日住所		前年1月1日住所	
	明治 大正 昭和 平成 令和 .		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
本年1月1日住所		前年1月1日住所	
	明治 大正 昭和 平成 令和 .		<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
本年1月1日住所		前年1月1日住所	

③ 市町村民税における16歳から18歳の特定扶養親族

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、16歳から18歳までの控除対象扶養親族（特定扶養親族）がいる場合、下記に記入してください。

(フリガナ) 被扶養者氏名	生年月日	年齢	(フリガナ) 扶養者氏名	住所
	平成 .			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	平成 .			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ
	平成 .			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ

【 ①及び②欄「1月1日住所」について 】

- 自立支援医療費（精神通院）の自己負担上限月額、同一健康保険加入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ます。この税額確認のために、各年1月1日時点の住所（住民票登録地）が堺市外の市区町村にある方は、その住所をご記入ください。

【 ③欄「市町村民税における16歳から18歳の特定扶養親族」について 】

- 自立支援医療費（精神通院）の自己負担上限月額の決定にあたり、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、自立支援医療費（精神通院）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にあたり、16歳から18歳までの特定扶養親族について確認が必要となりますので、該当する方がおられる場合、本書表面③に記入をお願いいたします。（なお、16歳未満の年少扶養親族については、閲覧する市町村民税関係公簿等により確認しますので記入の必要はありません。）

- 下記の要件を全て満たす場合に記入が必要となります。
 - ・ 申請者が市町村民税課税世帯に属している
 - ・ 同一健康保険加入世帯員に、市町村民税の対象となる年の12月31日時点で、16歳から18歳までの特定扶養親族がいる方（※）

（※）について、自立支援医療費（精神通院）支給認定の申請日により次のとおりとなります。

1月1日から 6月30日の間に申請される方 → 前々年の12月31日時点
 7月1日から12月31日の間に申請される方 → 前年の12月31日時点

16歳から18歳までの特定扶養親族の例

自立支援医療の申請年月日	対象となる可能性のある特定扶養親族の生年月日
平成30年7月1日から 令和元年6月30日	平成11年1月2日から 平成14年1月1日の間に生まれた方
令和元年7月1日から 令和2年6月30日	平成12年1月2日から 平成15年1月1日の間に生まれた方
令和2年7月1日から 令和3年6月30日	平成13年1月2日から 平成16年1月1日の間に生まれた方

- 上記の要件に該当しない場合は、本書表面③の記入は必要ありません。
- 記入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。

注意事項

- ・ 「年少扶養親族」とは16歳未満の扶養親族のことです。
- ・ 「特定扶養親族」とは16歳から18歳までの扶養親族のことです。