

住民基本台帳及び市・県民税課税状況の確認同意書 兼 調査票

(あて先) 甲府市長

特定医療費(指定難病)の支給認定に必要な下記事項について、その情報を照会されることに同意します。
また、照会した情報で月額自己負担上限額が判定されることに同意します。

1. 下記の支給認定基準世帯員の確認のための住民基本台帳の閲覧
2. 階層区分判定のための下記の支給認定基準世帯員の個人住民税課税台帳の閲覧

※自署の場合、押印不要

申請者(受診者)氏名	印
住所	甲府市

国民健康保険/国民健康保険組合(医師国保・建設国保等)/後期高齢者医療保険の場合

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入している同一世帯員全員)				※担当者記入	
続柄	氏名	生年月日	保険種別	市民税課税の有無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	()年度所得割額 円
受診者本人		明・大・昭・平・令 年 月 日	国保/国保組合/後期	有・無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円
		明・大・昭・平・令 年 月 日	国保/国保組合/後期	有・無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円
		明・大・昭・平・令 年 月 日	国保/国保組合/後期	有・無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円
		明・大・昭・平・令 年 月 日	国保/国保組合/後期	有・無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円
		明・大・昭・平・令 年 月 日	国保/国保組合/後期	有・無 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円
世帯員全員非課税の場合、受診者本人※1の収入額		収入 + 障害年金・遺族年金等の各種年金・給付・手当		計	円
		+ = 円			
国民健康保険組合(医師国保/建設国保等)の場合、世帯全員の課税証明書が必要			<input type="checkbox"/> 提出あり		

上記以外の保険組合/共済組合等、被用者保険(社保)の場合

支給認定基準世帯員 (受診者本人が加入している医療保険の被保険者本人と、受診者本人)			※担当者記入		
続柄	氏名	生年月日	市民税	()年度所得割額	
被保険者本人		明・大・昭・平・令 年 月 日	有 <input type="checkbox"/> 均等割のみ	円	
受診者本人	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ場合は記入不要です。		無	被保険者本人が非課税の場合、 課税証明書の提出及び受診者本人の収入額確認 被保険者の課税証明書が必要 <input type="checkbox"/> 提出あり	
		明・大・昭・平・令 年 月 日		受診者本人※2の 収入額	収入 + 障害年金・遺族年金等の 各種年金・給付・手当

※1、※2 受診者本人が18歳未満の場合は、保護者の収入額を確認する。

階層区分	階層区分の基準	自己負担上限額		
		一般	高額かつ 長期	人工呼吸器 装着者
生活保護	A	0	0	0
市民税非課税 (世帯)	B1	2,500	2,500	1,000
	B2	5,000	5,000	
市民税課税	C1	10,000	5,000	
	C2	20,000	10,000	
	D	30,000	20,000	

※担当者記入	【新規・転入・住所変更】の場合、住民基本台帳上の正確な住所 〒400- 甲府市	階層区分判定
上記のとおり確認しました。		
令和 年 月 日 調査員 確認者		

太枠内のみご記入ください