

世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書

患者	入院年月日	令和 年 月 日	病院名			
	ふりがな		生年月日	M・T・S・H・R		
	名前					
	住所	三重県 四日市市				

世帯構成並びに市町村民税所得割額欄 ※本人含む	名前 個人番号(マイナンバー)	患者との続柄	年齢(歳)	市町村民税の申告	本年又は前年の1月1日の住所所在地 (現住所と異なる場合)	【保健所使用欄】 市町村民税所得割額(円)
	患者本人		/		有・無	都道府市区町村
				有・無	都道府市区町村	
				有・無	都道府市区町村	
				有・無	都道府市区町村	
				有・無	都道府市区町村	
				有・無	都道府市区町村	
				有・無	都道府市区町村	

この申請に必要な市で保管する住民記録情報、税情報について、市長が利用することに同意します。
(同意いただいた情報は、四日市市個人情報保護条例に基づき、適正な管理を行います。)

上記のとおり相違はありません。

四日市市保健所長あて

令和 年 月 日

住所 _____
 申請者 名前 _____
 電話番号 () _____

※：申告書の提出に必要な添付書類については、裏面をご覧ください。

----- (下欄には記入しないでください。) -----

市町村民税所得割額合算額	円	自己負担認定額	0円 ・ 20,000円
処理経過等			

世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書提出について

この書類は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の規定に基づく医療費公費負担申請に必要なものです。

入院費の一部負担金は、世帯の市町村民税所得割額の合算額により認定されます。

市町村民税所得割額の合算額	56万4千円以下の場合	0円
	56万4千円超の場合	2万円

なお、継続入院の方は、毎年7月1日時点での再認定となります。
(この場合、再度、書類をご提出していただくことがあります。)

次の書類を、そろえて提出してください。

【必要な書類】

1. 世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書(本紙表面が申告書になっています。)
2. 市町村民税所得割額を証明する書類または個人番号利用に関する同意書

※市町村民税所得割額を証明する書類は、入院した月により証明が必要な年度が異なります。

1～3月または7～12月に入院したとき	同年度の書類
4～6月に入院したとき	前年度の書類

1. 世帯構成並びに所得税額申告書

以下に当てはまる方について、申告書に必要事項を記入し、署名、捺印してください。

患者、配偶者及び直系血族、兄弟姉妹(養子縁組者を含む)のうち、

- ① 患者と同一住所である。
- ② 患者と住所が異なるが、
 - (1) 健康保険の扶養家族にしている。
 - (2) 税法上の扶養親族として控除の対象としている。
 - (3) 生活費の援助を受けている又は行っている。
 - (4) 物資の共同購入を行っている。
 - (5) 出稼ぎ等により送金している。

2. 市町村民税所得割額を証明する書類

世帯構成員について、市町村民税所得割額を証明する書類を提出してください。

- ① 患者が入院した年(1～6月に入院したときは前年)の1月1日に四日市市にお住まいの方。
→ 「世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書」による同意に基づき、税情報を確認します。
市民税・県民税の申告を行っていない場合は、市民税課にて申告をお願いします。
- ② 生活保護法により保護を受けている世帯の方
→ 保護課の発行する「生活保護受給証明書」を提出してください。
- ③ 患者が入院した年(1～6月に入院したときは前年)の1月1日に四日市市外にお住まいの方。
→ 患者が入院した年度(4～6月に入院したときは前年度)の「市町村民税所得課税証明書」を提出してください。
所得課税証明書は、必要な方全員の「個人番号」と「個人番号利用に関する同意書」を提出することで、提出を省略することができます。

----- 【 書 類 提 出 及 び 問 い 合 わ せ 先 】 -----

〒 510 - 0085 三重県 四日市市 諏訪町2-2

四日市市保健所 保健予防課 担当:

TEL: 059 (352) 0595

FAX: 059 (351) 3304