

自立支援医療費（育成医療）収入額等申告書

(宛先) 京都市長	年 月 日
申告者の住所 京都市 区 電話 - -	申告者の氏名

次のとおり申告します。なお、利用者負担額の支給認定や受診を希望する指定自立支援医療機関への情報提供のため必要があるとき、京都市において以下の内容を確認、又は提供することについて同意します。			受診者氏名						
対象者	氏名	受診者との続柄	市民税及び収入の状況 ※7						
			課税・非課税等の別 ※2	課税の場合 市町村民税額	非課税の場合 本人の収入の状況				
				種類 ※2	名称	収入等額 (年収)			
受診者及び受診者 と同一保険の加入者等 ※1	□ 申告者と同じ		□ 課税	所得割額	□ 年金※3	級	年金	円	
				円	□ 手当※4		手当	円	
			□ 非課税	均等割額	□ その他※5			円	
				円				円	
			□ 生活保護						
				□ 課税	所得割額	□ 年金※3	級	年金	円
					円	□ 手当※4		手当	円
				□ 非課税	均等割額	□ その他※5			円
					円				円
				□ 生活保護					
				□ 課税	所得割額	□ 年金※3	級	年金	円
					円	□ 手当※4		手当	円
				□ 非課税	均等割額	□ その他※5			円
					円				円
				□ 生活保護					
				□ 課税	所得割額	□ 年金※3	級	年金	円
					円	□ 手当※4		手当	円
□ 非課税				均等割額	□ その他※5			円	
				円				円	
□ 生活保護									

- ※1 受診者と同一保険の加入者について、記入してください。
国民健康保険加入者以外については被保険者本人のみ記入してください。
- ※2 該当する口には、シ印を記入してください。
- ※3 年金とは、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金が該当します。
- ※4 手当とは、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当が該当します。
- ※5 その他とは、工賃、仕送り、不動産による家賃収入等が該当します。

同意内容	対象者
自立支援医療制度に係る利用者負担額の決定に当たり、私の市民税及び収入の状況を、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認することについて同意します。	受診者、受診者と同一保険の加入者
自立支援医療利用のための調整・要請を行うに当たり、私の自立支援医療の給付に関する資料等を、受診を希望する指定医療機関に提供することについて承諾します。	受診者のみ

- ※6 利用者負担額の支給認定や受診を希望する指定自立支援医療機関への情報提供のため必要があるときに、京都市において上記につき確認又は提供することに同意がない方は、市町村民税の課税証明書（全項目証明）の提出が必要です。
その他、必要に応じて収入状況を確認できる書類を添付してください。