

支給認定基準世帯員（患者が加入する医療保険を確認の上、記入してください。）

患者が加入する医療保険	記入が必要な方
・国民健康保険 （市町国保・国保組合）	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する <u>16 歳以上の方全員</u> を記入してください。
・後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する方全員を記入してください。
・上記以外の医療保険 （会社の健康保険、共済など）	住民票が異なる場合も含めて、 <u>患者と被保険者（医療保険の加入者）</u> を記入してください。

※令和7年1月1日時点の住所（課税地）を記入してください。

	氏 名（支給認定基準世帯員）	患者との続柄	区 分	窓口確認欄 （記入しないでください）	
				被保険者	備 考
患者	氏名： 住所： 都・道・府・県 市・区・町・村	本人	☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課 税		
(1)	氏名： 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 住所： 都・道・府・県 市・区・町・村		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課 税		
(2)	氏名： 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 住所： 都・道・府・県 市・区・町・村		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課 税		
(3)	氏名： 生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 住所： 都・道・府・県 市・区・町・村		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課 税		

収入に関する申立て（市町村民税が非課税の世帯の方は次のいずれかにチェック☑してください。）

☐ 患者本人（患者が 18 歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は 80 万 9 千円を超えるため、低所得Ⅱ（自己負担上限額 5,000 円）に該当します。（下欄に記入不要）

☐ 患者本人（患者が 18 歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は 80 万 9 千円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額 2,500 円）に該当します。

年間収入額は下欄①～③とその合計額のとおりです。（下欄に記入及び関係書類添付）

※年間収入額とは、次の「①合計所得金額」「②公的年金収入額」「③その他収入」を合計した額です。

※上記にチェックがない場合や、個人番号を利用し年間年収額が 80 万 9 千円を超えることが確認できた場合は、低所得Ⅱ（自己負担上限額 5,000 円）と認定します。

収 入 の 種 類	年間収入額															
① 市町村民税非課税証明書の合計所得金額 ※給与所得を有する者は合計所得金額から 10 万円を控除する。 ※公的年金等の収入金額が 80 万 9 千円以下の場合は、合計所得金額から公的年金等の収入金額に係る雑所得を控除する。	円															
② 公的年金等の収入金額	円															
③ その他収入（該当するものに○を付けてください。）	円															
<table> <tr> <td>障害基礎年金</td><td>障害厚生年金</td><td>障害共済年金</td></tr> <tr> <td>遺族基礎年金</td><td>遺族厚生年金</td><td>遺族共済年金</td></tr> <tr> <td>特別児童扶養手当</td><td>障害児福祉手当</td><td>経過的福祉手当</td></tr> <tr> <td>特別障害者手当</td><td>特別障害給付金</td><td>障害補償給付</td></tr> <tr> <td>受給なし</td><td></td><td></td></tr> </table>	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	特別児童扶養手当	障害児福祉手当	経過的福祉手当	特別障害者手当	特別障害給付金	障害補償給付	受給なし			※年金証書、給付決定通知書、入金記録のある預金通帳など、受給額の分かる書類のコピーを添付してください。
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														
特別児童扶養手当	障害児福祉手当	経過的福祉手当														
特別障害者手当	特別障害給付金	障害補償給付														
受給なし																
①～③の合計額	円															