

世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書

本人	入院年月日	令和 年 月 日	病院名			
	ふりがな			男・女	M T S H R	年 月 日生
	患者氏名					
	本籍	都道府県				
	住所	都道府県				
世帯構成並びに市町村民税所得割額欄 ※本人を含む	氏名	本人との続柄	年齢(才)	職業(勤務先名)	市町村民税所得割額(円)	備考(個人番号等)
		患者本人				

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日  
 三重県 伊賀保健所長 あて  
 \_\_\_\_\_ 本人又は保護義務者の  
 住 所  
 \_\_\_\_\_  
 氏 名 (印)  
 \_\_\_\_\_  
 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	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(説明) (裏)

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。

継続入院の方は、7月1日時点での再認定となるため、再度書類の提出が必要です。

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. 世帯全員の住民票
3. 市町村民税所得割額を証明する書類

### 1. 世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書

- ① 申告書に必要な事項を記入し署名、捺印してください。
- ② 世帯構成とは・・・  
患者本人と生計を共にしている者であり本人を含めた全員を記載してください。

### 2. 世帯全員の住民票

市、町、村役場で発行する患者本人を含む「住民票謄本」を添付してください。

### 3. 市町村民税所得割額を証明する書類

世帯構成員のうち、患者、配偶者及び直系血族、兄弟姉妹(養子縁組者を含む)について、次の証明書類を添付してください。

#### ① ②以外の方

市町村役場の発行する「市町村民税所得課税証明書」。

入院のあった月の属する年度(当該入院のあった月が4月から6月までの場合にあつては、前年度)の所得割額を証明する書類が必要です。

(※)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。

#### ② 生活保護法により保護を受けている世帯の方

市町村役場の発行する「生活保護受給証明書」。

### お問い合わせ先

〒 518-8533 三重県 伊賀市四十九町2802  
三重県 伊賀保健所 健康増進課  
TEL: 0595 (24) 8045 FAX: 0595 (24) 8085

## 同意書

令和 年 月 日

三重県伊賀保健所長 あて

下記の者は、「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条第1項および第42条第1項に基づく事務手続きを処理するために限り、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	患者との続柄	
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	患者との続柄	
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	患者との続柄	
同意者	フリガナ	
	氏名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
	患者との続柄	

## 記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記載している場合、同意書への住所の記入は省略してよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載して差し支えない。