

世帯構成並びに市町村民税所得割額申告書

当該患者	ふりがな					生年 月日	
	氏名						
	住所						
世帯構成並びに市町村民税所得割額 ※本人含む	氏名	患者との続柄	年齢	市町村民税の申告	1月1日の住所所在地 (現住所と異なる場合)	市町村民税所得割額 (円)	
	個人番号(マイナンバー)			有・無	都道府市区町村		
	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	
	.....			有・無	都道府市区町村	

「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額の算定にあたり、当該患者並びにその配偶者及び当該患者と生計を一にする絶対的扶養義務者の入院のあった月の属する年度分の地方税法の規定による市町村民税の所得割額は上のとおりです。

令和 年 月 日

三重県知事 あて

住所 _____

申告者 氏名 _____

電話番号 _____

※申告書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
個人 確認 番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	身元 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 住基カード	確認 者
	<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 運転免許所	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	
	<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> ()	

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)

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申告書に必要事項を記入してください。

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月までの場合にあっては、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>

〒〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町〇〇〇〇
三重県〇〇保健所 健康増進課 担当 〇〇
TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
FAX 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇