自立支援医療に係る調査同意書兼収入申告書

**年　 　月　 　日**

**豊島区長　宛**

**住　　所**

**氏　　名**

1. **自立支援医療制度の利用者負担額決定のため、私の世帯の医療保険、住民税、及び収入に係る情報を調査することに同意します。**

**２．19歳未満の扶養親族に関する申し出について**

**該当する方は次の□にチェックしてください。**

**□** 今回、健康保険証の写しを提出している方以外に、前年中、同じ保険の加入者で19歳未満の扶養親族がいた。

※この申し出により自己負担が増えることはありません。自己負担が軽減となる場合には、ご連絡させていただく場合があります。

**（以下は、非課税世帯の方のみ記入してください）**

**３．　収入申告（※）　　　　　　　　　　　　　　　　該当する収入をご記入ください（令和５年１月～１２月）。**

|  |  |
| --- | --- |
| **収入の種類** | **金額（年額）** |
| **遺族年金・障害年金** | 円 |
| **特別障害者手当・特別児童扶養手当** | 円 |
| **労災等の障害給付** | 円 |

**収入申告（※）**

自立支援医療（更生医療）の自己負担は、所得水準に応じて負担の上限額が定められています。

住民税非課税の方は、収入に応じて低所得1（負担上限額2,500円）と低所得2（負担上限額5,000円）に分けられます。

収入とは地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入金額、その他厚生労働省令で定める給付金額の合計金額となります。

・低所得１の対象は、受診者の属する「世帯」が区民税非課税世帯であって、受給者に係る収入の合計金額が80万円以下であって、かつ、生活保護受給者ではない方となります。

・低所得2は、生活保護受給者ではない区民税非課税世帯であって、低所得1ではない方です。

この申告は、低所得1と低所得2を判断するために必要です。

**各項目の収入がない場合は0円とご記入ください。収入が80万円を超える方、金額の記載がない方は低所得2となります。**