

同意書（課税台帳確認）



：記入箇所

（宛先）佐倉市長 西田 三十五

私及び私と同一の健康保険に加入する者は、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）による自立支援医療に関する所得区分の認定に必要な市民税の課税状況の確認のため、佐倉市が課税台帳等の確認をすることに同意します。

（単位：円）

申請者 ※受診者が18歳未満の場合は保護者	※市処理欄			
	課税		非課税	
住所：佐倉市	市所得割額		合計所得	
	住宅借入金控除額		所得金額調整控除	
氏名：  Ⓜ ※自署の場合は 押印不要	寄附金税額控除額		公的年金支払	
	申告特例控除額		障害年金	
	市均等割額			
	合計		合計	

申請者及び同一の健康保険加入者の全員が『非課税』の方 ※不明の場合もご記入ください

障害年金、遺族年金（老齢年金は除く）を受給していますか（いずれか一つに○）

はい（ 級・受給額 万円／年） いいえ

受給額が確認できる年金振込通知書、預金通帳（写）等を提出してください

受診者と同一の健康保険加入者がいる方				※市処理欄			
氏名	生年月日	続柄	住所 (申請者と同じ場合は省略可)	課税		非課税	
				市所得割額		合計所得	
				住宅借入金控除額		所得金額調整控除	
				寄附金税額控除額		公的年金支払	
				申告特例控除額		障害年金	
				市均等割額			
				合計		合計	

18歳以下の扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）がいる方

被扶養者氏名	生年月日	住所 (申請者と同じ場合は省略可)	扶養者氏名

※市処理欄 所得区分

非課税：80万円以下「低1」、80万円超「低2」  
課税：3.3万円未満「中間1」、23.5万円未満「中間2」、23.5万円以上「一定以上」

（参考）18歳以下の扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）の取扱い

自立支援医療の自己負担上限額は、世帯員の市民税所得割額により決定するが、平成24年度の16歳未満の年少扶養控除（16歳未満）、特定扶養控除（16～18歳）の上乗せ部分廃止に伴い、市民税額増となり自己負担限度額に影響が生じる可能性があるため、扶養控除見直し前の旧税額により自己負担限度額を決定。

年齢 □対象となる可能性のある扶養親族の基準日（生年月日）

0歳～15歳：平成18年1月2日～令和3年12月31日までの間に生まれた方（▲19,800円）

16歳～18歳：平成15年1月2日～平成18年1月1日までの間に生まれた方（▲7,200円）

※令和4年度市民税の場合は、令和3年12月31日時点での年齢