

世帯収入等確認同意書

申請日 令和 年 月 日

小田原市長様

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請及び支給認定変更申請（届出）について、以下の内容に同意します。

- 負担上限額の設定のため、住民税の課税状況等を公簿等で確認すること
- 個人番号の記載を行うことができない場合、公簿等を確認すること
- 指定医療機関からの問い合わせに対し回答をすること

同意者（対象者が18歳未満の場合保護者）

住所

氏名

市町村処理欄

生活保護 自己負担なし

【負担上限額設定時対象者チェック表】

<保険証がない場合>
マイナポータルで確認済み
受給者証で確認済み（変更なし）

国民健康保険・後期高齢者医療保険

同一世帯に本人以外に加入者がいる

NO

本人の税額で計算

YES

加入者全員の課税状況を確認

未申告者がいる

YES

未申告者が被扶養者 ※名前の横に（a）

YES

NO

未申告者の税額/所得
を「0」とみなす

1月1日に小田原市民（～6月末：前年/7月～：本年）

YES

NO

市民税課で収入申告&市民税・県民
税申告書（控）を提出してもらう

担当者へ相談
(マイナンバー連携等)

加入者全員が非課税

YES

NO

本人の収入で計算
※ただし、本人が18歳未満の場合、
保護者のうち収入が高い方で計算

課税者の税額を合算

社会保険

本人社保

本人の税額で計算

家族社保

▷

扶養者の税額で計算

非課税

非課税1・非課税2 ※重複該当は対象外（****）

非課税1（負担上限額2,500円）…収入が80万9,000円以下の場合

※収入が障害基礎年金のみで2級の年金受給者が非課税1になるように設定されている

（障害基礎年金2級＝80万円～84万円 ※年度によって異なる）

非課税2（負担上限額5,000円）…上記以外の場合

【所得金額調整控除額＝0円の場合】

$$\boxed{\text{公的年金等}} + \left(\boxed{\text{合計所得金額}} - 100,000 \right) + \boxed{\text{障害年金等}} - \boxed{\text{年金雑}} = \boxed{\text{収入額}}$$

※100,000円を引いた結果金額がマイナスになった場合、合計所得金額は0円として算出

【所得金額調整控除額>0円の場合】

$$\boxed{\text{公的年金等}} + \boxed{\text{合計所得金額}} + \boxed{\text{障害年金等}} - \boxed{\text{年金雑}} = \boxed{\text{収入額}}$$

課税

中間1・中間2・一定以上 ※重複該当の確認等（手帳診断書⑪、自立診断書⑨）

扶養対象者数	0歳から15歳の	4人	79,200	86,400	93,600	100,800	中間1	中間2	一定以上
	3人	59,400	66,600	73,800	81,000		市民税所得割額 <3万3千円	3万3千円 ≤市民税所得割額 <23万5千円	市民税所得割額 ≥23万5千円
	2人	39,600	46,800	54,000	61,200				
	1人	19,800	27,000	34,200	41,400		負担上限額	負担上限額	負担上限額
	0人	0	7,200	14,400	21,600		5,000円	10,000円	20,000円
		0人	1人	2人	3人				

16歳から18歳の扶養対象者数

重度かつ継続非該当：一割負担

対象外

$$\boxed{\text{税額}} - \boxed{\text{扶養対象者控除額}} + \boxed{\text{住宅・寄付控除額}} = \boxed{\text{市民税所得割額}}$$

(申告特例控除額)

<税情報がない場合>

マイナポータルで確認済み

窓口対応者

確認者

申請日 令和〇年〇月〇日

小田原市長様

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請及び支給認定変更申請（届出）について、以下の内容に同意します。

- 負担上限額の設定のため、住民税の課税状況等を公簿等で確認すること
- 個人番号の記載を行うことができない場合、公簿等を確認すること
- 指定医療機関からの問い合わせに対し回答をすること

↑ **※障害年金を受給されている方は2ページ目に金額を記入してください。**

各項目に同意する場合、それぞれに☑してください。 同意者（対象者が18歳未満の場合保護者）

住所 小田原市荻窪300

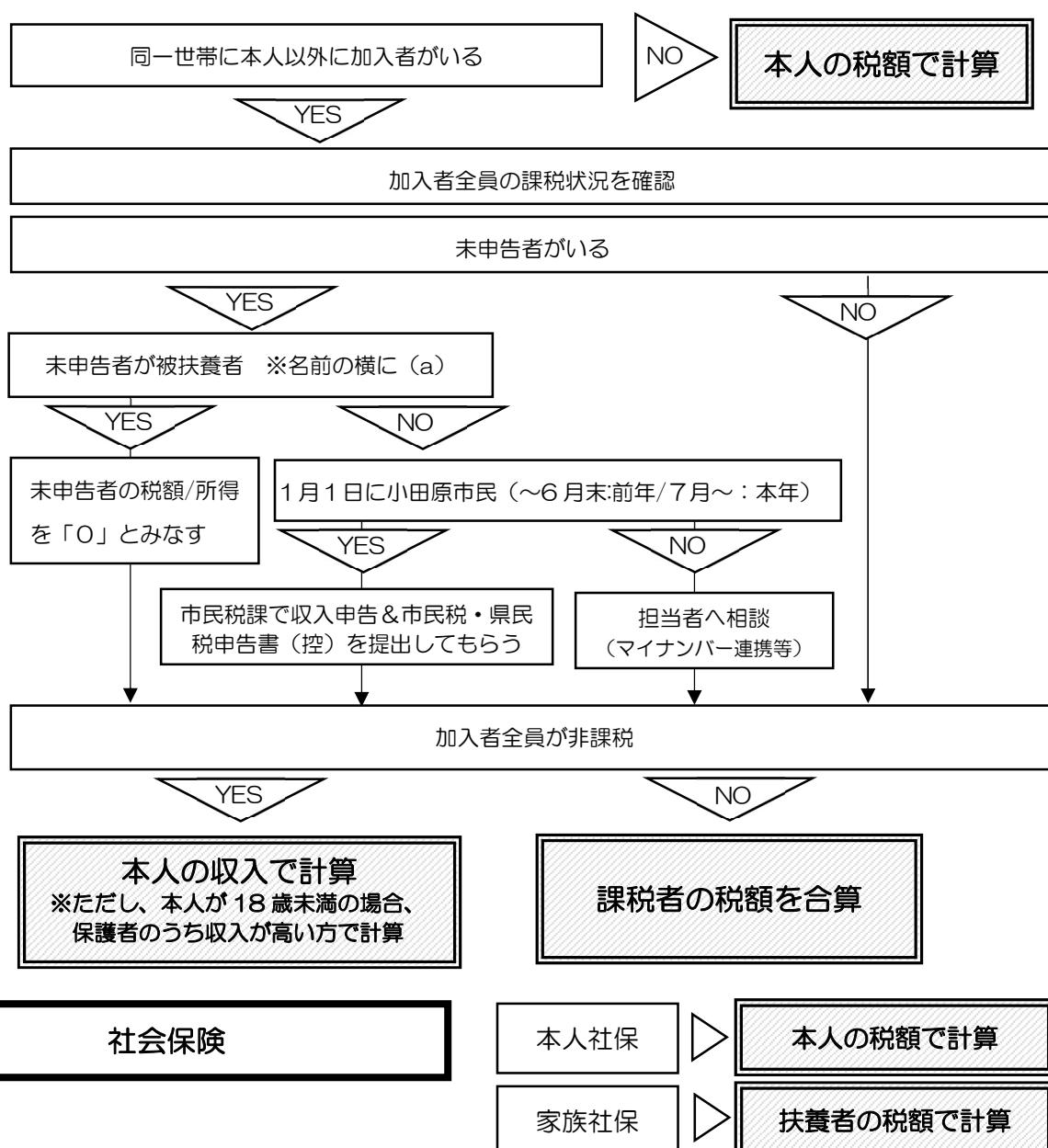
氏名 小田原 太郎 ≦18歳未満の場合は保護者名を記入

市町村処理欄

生活保護 自己負担なし

【負担上限額設定時対象者チェック表】

国民健康保険・後期高齢者医療保険



非課税

非課税1・非課税2 ※重複該当は対象外（****）

非課税1（負担上限額2,500円）…収入が80万9,000円以下の場合

※収入が障害基礎年金のみで2級の年金受給者が非課税1になるように設定されている

（障害基礎年金2級＝80万円～84万円 ※年度によって異なる）

非課税2（負担上限額5,000円）…上記以外の場合

【所得金額調整控除額＝0円の場合】

$$\boxed{\text{公的年金等}} + \left(\boxed{\text{合計所得金額}} - 100,000 \right) + \boxed{\text{障害年金等}} - \boxed{\text{年金雑}} = \boxed{\text{収入額}}$$

※100,000円を引いた結果金額がマイナスになった場合、合計所得金額は0円として算出

こちらに年額または1回あたりの支給額を記入してください。

【所得金額調整控除額>0円の場合】

$$\boxed{\text{公的年金等}} + \boxed{\text{合計所得金額}} + \boxed{\text{障害年金等}} - \boxed{\text{年金雑}} = \boxed{\text{収入額}}$$

課税

中間1・中間2・一定以上 ※重複該当の確認等（手帳診断書⑪、自立診断書⑨）

扶養対象者数	0歳から15歳の	4人	79,200	86,400	93,600	100,800	中間1	中間2	一定以上
	3人	59,400	66,600	73,800	81,000	市民税所得割額 <3万3千円	3万3千円 ≤市民税所得割額 <23万5千円	市民税所得割額	
	2人	39,600	46,800	54,000	61,200		23万5千円	≥23万5千円	
	1人	19,800	27,000	34,200	41,400	負担上限額	負担上限額	負担上限額	
	0人	0	7,200	14,400	21,600	5,000円	10,000円	20,000円	
		0人	1人	2人	3人		重度かつ継続非該当：一割負担	対象外	
16歳から18歳の扶養対象者数									

$$\boxed{\text{税額}} - \boxed{\text{扶養対象者控除額}} + \boxed{\text{住宅・寄付控除額}} = \boxed{\text{市民税所得割額}}$$

(申告特例控除額)