

## 世帯状況届及び同意書

受診者	氏名  未成年者の場合、保護者氏名 ( )	基準日に住民票のあった市町村（現住所と同じ場合は記入不要）*2 都・道 市・町 府・県 村・郡		
	年金受給状況 (令和5年1月~12月分)	無・有（年金種別：老齢・障害・遺族・寡婦 年額 円）		
同一医療保険 加入者氏名 *1	生年月日（年齢）	受診者との 関係	基準日現在の住所 (○をつける)	備考
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	
	明・大・昭・平・令 ・ ( )		川崎市内 市外	

\*1 受診者本人と同じ医療保険（国保・健康保険組合・共済組合・後期高齢等）に加入している方全員について、記入してください（住民票上は別世帯であっても、同一保険に加入されている方については必ず記載してください。）。

\*2 基準日に川崎市に住所がない方は、基準日に住民票があった住所地で発行する市町村民税額証明書等を提出するか、マイナンバーカードまたは個人番号通知カードに記載のある個人番号を申請書に記載してください。個人番号の記載をもって、市側で税額等を照会する旨を同意されたものとし、市側で税額等を照会いたします。

## 同意事項

障害者総合支援法におけるサービスを利用するに当たり、以下の事項について、川崎市が指定医療機関等関係機関から個人情報を収集することに同意します。

- \* 生活保護受給の有無
- \* 市民税の課税状況
- \* 特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・経過的福祉手当等の受給額
- \* 医療保険世帯等の確認に関する事項
- \* 指定医療機関作成診断書に関する事項
- \* その他、認定に必要となる事項

※ 収集した個人情報は、他の目的で使用されることはありません。

※ 市民税が未申告の場合、申告の必要があります。

※ 同意されない場合、基準日に住民票があった住所地で発行する市町村民税額証明書等を提出する必要があります。

※ 基準日は、令和6年1月1日です。

裏面へ⇒

# 扶養親族に関する申立書

私の所得税及び個人住民税上の扶養親族のうち、令和5年12月31日において、年齢が0歳以上16歳未満及び16歳以上19歳未満である者について、以下のとおり申し立てます。

0歳以上16歳未満（平成20年1月2日～令和6年1月1日生まれの方）の控除対象扶養親族				
	フリガナ氏名	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1			平・令 年 月 日	
2			平・令 年 月 日	
3			平・令 年 月 日	
4			平・令 年 月 日	

16歳以上19歳未満（平成17年1月2日～平成20年1月1日生まれの方）の控除対象扶養親族				
	フリガナ氏名	続柄	生年月日	別居の場合の住所
1			平成 年 月 日	
2			平成 年 月 日	
3			平成 年 月 日	
4			平成 年 月 日	

## （注意事項）

所得税及び個人住民税上の扶養控除につきましては、平成22年度税制改正において、年少扶養控除（0歳以上16歳未満）及び16歳以上19歳未満までの特定扶養控除の上乗せ部分（以下「年少扶養控除等」という。）の廃止が行われました。

このことに伴い、所得税及び個人住民税に応じて決定している障害福祉サービス等の利用における自己負担限度額等への影響が生じないよう、年少扶養控除等の見直し前の旧税額の計算方法で算定いたします。

つきましては、旧税額を算定するにあたり、以上の控除対象扶養親族の扶養状況の申立てをお願いいたします。

この申立書により申し出る0歳以上16歳未満及び16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の人数は、所得税及び個人住民税における内容と相違ありません。

令和 年 月 日

住所

扶養者氏名