

本人及び同一世帯の者の課税状況調査に関する同意書 記入例

- 陽性となった後の入院費や治療費、病院から提供される食事代等については、公費負担となります。ただし、患者及び生計を同一にする世帯員全ての市町村民税の所得割額を合算した額が56万4千円を超える方は、入院費や治療費等において、月額2万円を上限に自己負担となります。また、感染の可能性がなくなった日（隔離解除後）以降継続して入院される場合の費用や、通院等の費用は、公費負担の適用範囲外となります。本書は、自己負担額認定のための市町村民税所得割の額を把握するために用いるものです。
- 上記、公費負担の自己負担額（2万円）とは別に、入院中にかかる治療費以外のパジャマ・リネン代・アメニティ代・差額ベッド代など、入院中に発生した個人の選択による出費は別途自己負担となります。詳しくは、入院先の医療機関にお問合せください。

(あて先) 川崎市保健所長

同 意 書

感染症入院患者医療費公費負担申請に伴い、自己負担額の認定のため、貴職者の配偶者若しくは扶養義務者に係る市町村民税に関する情報を調査することとします。

本人も含めて、生計を共にする世帯員全員の方が記載してください。

本書に署名いただくことにより、「住民票及び市町村民税の所得割額を証明する書類」の提出を省略することができます。

記入日 年 月 日

	記入日	氏名	続柄	性別	生年月日
1	○年 ○月 ○日	川崎 太郎	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	T S H R ○年 ○月 ○日
	住 所 川崎市○○区○○町△-△-△△				
	(前年1月1日現在の住民登録地が上記と異なる場合記入) 住 所:				
2	○年 ○月 ○日	川崎 花子	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	T S H R ○年 ○月 ○日
	住 所 同上				
	(前年1月1日現在の住民登録地が上記と異なる場合記入) 住 所:				
3	○年 ○月 ○日	川崎 太一郎	子	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	T S H R ○年 ○月 ○日
	住 所 同上				
	(前年1月1日現在の住民登録地が上記と異なる場合記入) 住 所:				

患者本人と住所が同一であれば、住所の欄は「同上」としていただいて構いません。

※ 欄が足りない場合、裏面に記入してください。