

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

- 陽性診断後の新型コロナウイルス感染症に関する入院費や治療費、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・アメニティ・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、貴職が患者、当該患者の配偶者及び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に同意いたします。

なお、基準日時点で、市外に住民票があった方は別途対応をお願いする場合がございます。

記入日 ○○○○年 ○○月 ○○日

連絡先（氏名） 川崎 次郎

（TEL）○○○-○○○-○○○

フリガナ	カワサキ タロウ	続柄	患者本人	生年月日	T S <u>II</u> R ○○年 ××月△△日
氏名	川崎 太郎				
住所	川崎市○○区○○-○				
1月1日の住民登録地	横浜市△△区△△-△-△ ☐ 現住所と同じ				
フリガナ	カワサキ ハナコ	続柄	妻	生年月日	T S <u>II</u> R ○○年 △△月××日
氏名	川崎 花子				
住所	☒ 患者本人と同一				
1月1日の住民登録地	☒ 患者本人と同一				
フリガナ	カワサキ ジロウ	続柄	子	生年月日	T S <u>II</u> R △△年 ××月○○日
氏名	川崎 次郎				
住所	☒ 患者本人と同一				
1月1日の住民登録地	☒ 患者本人と同一				
記入上の注意					
● 1月1日の住民登録地は新型コロナウイルス感染症により入院していた時期により記載いただく内容が異なります。1月から6月の場合は入院していた年の前年、7月から12月の場合は入院していた年の1月1日の住民登録地を記載してください。 ● 患者、当該患者の配偶者及び扶養義務者は全員対象です。 ● 続柄は患者本人から見た続柄を記入してください。 ● 記入欄が不足する場合は、欄外に記載して差し支えありません。					

記載不備や不明点があった際、問い合わせをするために代表者の氏名、電話番号を記入してください。なお、連絡先は患者本人である必要はありません。

本人も含めて、生計を共にする世帯員全員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。

住所が変わっていない場合はチェックを入れてください。

患者本人と同居している場合、住所の変更をしていない場合であればチェックを入れてください。