

支給認定基準世帯員（※1）（受診者と同じ世帯で同じ医療保険に加入する家族の方）（課税証明の添付を省略できることがあります）

世帯員氏名	横浜 一郎	受診者との続柄	父
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
世帯員氏名	横浜 花子	受診者との続柄	母
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
世帯員氏名	横浜 二郎	受診者との続柄	弟
個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
世帯員氏名		受	受
個人番号			
世帯員氏名		受	受
個人番号			
世帯員氏名		受	受
個人番号			

受診者と別住所で同じ医療保険に加入している場合はこちらに記入をお願いします。

支給認定基準世帯員（受診者別住所で同じ医療保険に加入する家族の方）（課税証明の添付が必要なことがあります）

住所	世帯員氏名	受診者との続柄
	個人番号	
住所	世帯員氏名	受診者との続柄
	個人番号	

所得調査同意欄

小児慢性特定疾病医療費申請にともなう所得基準判断のため、世帯員全員の市民税課税内容について調査することに同意します。

申請者氏名 横浜 花子 (※2)

令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

横浜市長 殿

市民税所得割合計額確認欄

当該年分の市民税所得割額の合計額は251,000円以上ですか

はい いいえ (※3)

※「はい」の場合は、市民税課税証明及び、上欄同意書名は不要です。

※1 「世帯員」とは、受診者（対象児童）と同じ保険に加入している方のことです。

※2 申請の際、支給認定基準世帯員全員の住民税課税証明書の添付が必要ですが、住民税賦課期日（治療開始日が1月～6月の申請の時は前年1月1日、7月～12月の申請の場合は今年の1月1日）に横浜市に居住し、期限内に確定申告又は年末調整を済ませた方は、ここに記名していただくことで、省略することができます。

※3 当該年度の市民税所得割額の合計額が251,000円以上の場合、世帯構成に関わらず、所得証明の添付及び、市税内容調査署名は不要です。