

どういしょ せたいじょうきょうもうしでしょ じりつしえんいりょうひ せいしんつういんいりょう  
同意書 兼 世帯状況申出書 《自立支援医療費（精神通院医療）》 大阪府

わたし じりつしえんいりょうひ せいしんつういんいりょう しきゅうにんてい かか しんせい にんてい しちようそんたんとうしよくいん  
私は、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定に係る申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員  
が、私及び私の世帯員に関し、収入状況につき、市町村民税、年金、生活保護関係公簿を、国民健康  
保険・後期高齢者医療の加入状況につき、保険資格関係公簿を、また、必要に応じてその他の関係公簿を  
それぞれ閲覧及び証明書を申請・受領することに同意します。以上の内容については、以下の世帯員及び  
扶養親族の承諾を得ています。

また、転入申請の場合は、大阪府担当職員が、転入前（直近以前を含む。）の自治体から私の自立支援医療  
費（精神通院医療）支給認定に係る診断書等の写しを取り寄せることに同意します。

なお、認定された場合は、医療受給者証等を主たる指定自立支援医療機関（通院先の病院・診療所）あ  
てに送付することに同意します。

しんせいしゃ  
(申請者)

年 月 日

じゅうしょ  
住所

しめい  
氏名

ほごしゃしめい  
保護者氏名

しんせいしゃ さいみまん ばあい ほごしゃしめい きめい ひつよう  
(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名が必要です。)

どういつけんこうほけんかにゅうせたいいん  
【同一健康保険加入世帯員】

こくみんけんこうほけん こうきこうれいしやいりょう ぜんいん しやかいほけん ほんにん ひほけんじや きにゆう  
国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

しめい 氏名	せいねんがっぴ 生年月日	ねんれい 年齢	ぞくがら 続柄	じゅうしょ 住所
	年 月 日		本人	<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ

しちようそんみんぜい さい ふようしんぞく  
【市町村民税における18歳までの扶養親族】

こんかいてつらん じょうきせたいいん しちようそんみんぜい どうがいしちようそんみんぜい たいしやう とし がつ にちじてん  
今回閲覧する上記世帯員の市町村民税において、当該市町村民税の対象となる年の12月31日時点  
で、18歳までの扶養親族（年少扶養親族及び特定扶養親族）がいる場合、記入してください。

ひふようしやしめい 被扶養者氏名	せいねんがっぴ 生年月日	ねんれい 年齢	ふようしやしめい 扶養者氏名	じゅうしょ 住所
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 同上 または <input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ

「市町村民税における18歳までの扶養親族」欄について

○ 自立支援医療費（精神通院）の自己負担上限月額、世帯員の市町村民税区分、市町村民税所得割額により決定しています。

平成24年度より市町村民税の扶養控除については、16歳未満の年少扶養控除及び16歳から18歳までの特定扶養控除の上乗せ部分が廃止されましたが、自立支援医療の自己負担上限月額の決定にあたっては扶養控除見直しによる影響額を少なくするため、扶養控除見直し前の旧税額で行うこととなりました。

そのため、旧税額を正しく計算するため、16歳未満の年少扶養親族及び16歳から18歳までの特定扶養親族について、「同意書兼世帯状況申出書」に記載いただき、確認することとなりました。

○ 下記の要件を全て満たす場合に記入が必要となります。

- 平成24年7月1日以降に自立支援医療費（精神通院）の申請をする方
- 市町村民税課税世帯の方
- 市町村民税の対象となる年の12月31日時点で、18歳までの控除対象扶養親族がいる方

(例) 平成31（令和元）年度市町村民税の場合

年 齢	対象となる可能性のある扶養親族の基準日（生年月日）
0歳～15歳	平成15年1月2日～平成30年12月31日までの間に生まれた方
16歳～18歳	平成12年1月2日～平成15年1月1日までの間に生まれた方

○ 上記の要件に該当しない場合は、「市町村民税における18歳までの扶養親族」欄の記載は必要ありません。

○ 記載漏れ等があった場合、自己負担上限月額に影響が生ずる場合があります。

(注)・年少扶養親族とは16歳未満の扶養親族を指します。

・特定扶養親族とは16歳から18歳までの扶養親族を指します。