

後期高齢者福祉医療（ねたきり・認知症）所得制限に関する申出書

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申出者（申請者）

住 所

(住民登録の住所地) _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

本申出を代理人が行う場合

私（申出者）は、本申出に関する権限を以下の者に委任します。

委任者氏名 _____

受任者氏名 _____ (続柄: _____)

受任者住所 _____

後期高齢者福祉医療（ねたきり・認知症）の受給資格については、本書のとおりであるとともに、私（申出者）は、瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2条(6)の地方税法の規定による市町村民税が課されない者等であることを申し出ます。

(以下、該当する□にレ印を記入してください。)

1 申出者（申請者）の生活拠点について

住民登録の住所地と同じ

住民登録上の住所地と異なる

→ 施設・病院等

施設名等 _____

住 所 地 _____

→ その他

申出者と住所地管理者等との関係等

住 所 地 _____

2 申出者（申請者）の世帯の生計を維持する方について

生計維持者はいない

生計維持者がいる

→ この申請内容について必要な場合、瀬戸市の市民税に関する課税情報及び資格条件に関する情報を確認されることに同意します。

(生計維持者)

住 所 _____

氏名 (続柄等) _____ (続柄: _____)

3 生計維持者の所得状況について

私（申出者）の生計維持者は、瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2条(6)の地方税法の規定による市町村民税が課されない者等である。

市町村確認欄	確認者
申出者の生計維持者は、地方税法の規定による	(市町村担当者)
市町村民税の課税対象で	ない <input type="checkbox"/>
〃	ある <input type="checkbox"/>

4 税法上の扶養

私（申出者）は、税法上の被扶養者ではありません。

市町村確認欄	確認者
申出者は、税法上の被扶養者で	ない <input type="checkbox"/>
〃	ある <input type="checkbox"/>

私（申出者）は、税法上の被扶養者であり、その扶養者は瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2条(6)の地方税法の規定による市町村民税が課されない者等である。

市町村確認欄	確認者
申出者の税扶養者は、地方税法の規定による	(市町村担当者)
市町村民税の課税対象で	ない <input type="checkbox"/>
〃	ある <input type="checkbox"/>

5 その他

この申出書の内容に誤り等があり、後期高齢者福祉医療受給資格の認定条件に当たらないことが判明した場合は、この申出書に伴う後期高齢者福祉医療受給資格を取り消されても異議は申し立てません。

<参考>

瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱第2条(6)

常時臥床若しくはこれに準ずる状態又は重度若しくは中度の認知症の状態であつて、生活介護を受けていることが3月以上継続している者のうち、その者の属する世帯の主たる生計維持者が、高齢者医療確保法による医療に関する給付が行われた日の属する年度分（当該医療給付日の属する月が4月から7月までの間にあつては、前年度分とする。）の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）が課されない者若しくは市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税が免除される者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しないものを除く。）又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2項に規定する要保護者である者

※ 申請者確認

個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳

その他()

健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書

雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード・社員証

その他()