

〈所得の区分に関するチェックシート〉

1 「世帯」の確認

質問① お手持ちの健康保険の種類はどちらですか。

- 国民健康保険 健康保険、共済組合保険 健康保険なし

質問② 受診する方は被保険者ですか。

- はい（被保険者） いいえ（被扶養者）

2 所得区分の確認

質問③ 「世帯」の方は生活保護を受けていますか。

- 受けている：「生保」に○をしてください 受けていない⇒質問④へ

質問④ 被保険者の方（国民健康保険の場合は加入者全員）は、市町村民税が課税されていますか。

- 課税されている⇒質問⑦～⑧へ 課税されていない⇒質問⑤～⑥へ

質問⑤ 自立支援医療を受診する方（18歳未満の場合は、保護者の方全員）の「収入」は、年間80万円以下ですか。

※ 収入とは、地方税法上の合計所得金額に、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額をいいます。

- 80万円以下：「世帯1」に○をしてください
 80万円以上：「世帯2」に○をしてください

質問⑥ 受診する方（18歳未満の場合は、保護者の方全員）は以下の給付等を受けていますか。

障害年金（年間	円）	遺族年金（年間	円）
寡婦年金	労災傷害補償給付	特別児童扶養手当	
障害児福祉手当	特別障害者手当		

- はい（収入金額を確認できる書類をご持参ください） いいえ

質問⑦ 被保険者の方（国民健康保険の場合は加入者全員）の市町村民税の所得割額※は、どの金額に該当しますか。

※ 住宅借入金等特別税額控除（住宅ローン控除）及び寄附金税額控除（ふるさと納税）による税額控除前の所得割額で計算します。

- 3万3千円未満：「世帯3」に○をしてください
 23万5千円未満：「世帯4」に○をしてください
 23万5千円以上：「世帯5」に○をしてください

質問⑧ 受診される方は高額治療継続（下記 1.～3.参照）に該当しますか。

該当する 該当しない

1. 診断された病名が、統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）に該当する方
2. 1.以外の場合、3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された方
3. 医療保険の高額療養費で多数該当の方（受診者の属する医療保険の世帯が高額療養費の支給を受けた月が、申請前の12ヶ月間に3回以上あること）

生活保護受給世帯	市民税非課税世帯		市民税課税世帯				
	「生保」	「世帯1」	「世帯2」	「世帯3」	「世帯4」	「世帯5」	
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額			公費負担の対象 外(医療保険の負 担割合・負担限 度額)	
			高 額 治 療 継 続				
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円		

<税額等の証明について>

新規・再認定申請

市で税情報等を確認できる場合、証明書等の添付は不要です。市内に住民票がない方や市外から転入された方等、市で税情報等の確認ができない場合は、マイナンバーによる情報連携で税証明書類を省略できる場合があります。

変更申請

自己負担限度額の変更申請には、生活保護受給証明書や市町村民税の課税証明書等、証明する書類を添付してください。ただし、市で税情報等を確認できる場合やマイナンバーによる情報連携で確認できる場合は、証明書等の添付は不要です。

収入の証明

「世帯1」に該当する方で年金等を受給されている場合は、その金額が分かる書類を添付してください。非課税世帯に該当するか分からないが、受診者(18歳未満の場合は保護者の方)の収入が80万円以下であり年金等を受給されている場合も、「世帯1」に該当する方と同様、その金額が分かる書類を添付してください。