年　　　　月　　　　日

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

申出者（受給者）

住　　所

（住民登録の住所地）

氏　　名

生年月日

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、蟹江町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（受給者）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又は名称等

住所地

２　申出者（受給者）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、市（町村）の市（町村）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、蟹江町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。

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  申出者は、税法上の被扶養者で　 ない　□  〃　　　　　　　　 　ある　□ | 確認者  （市町村担当者） |

５　仕送り等の状況（親族から仕送り等を受けている場合はその状況を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 仕送り者の氏名、住所（続柄） | 仕送り等の状況 |
|  |  |

６　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意義は申し立てません。

　　また、資格を取り消される原因となった日に遡り、蟹江町が負担している後期高齢者

＜参考＞

蟹江町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って、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生計を主として維持する者が、医療に関する給付が行われた日（以下「医療給付日」という。）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月までの間にあっては、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。以下同じ。）が課されない者若しくは蟹江町税条例（昭和37年条例第５号）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もの

福祉医療費給付費を返還することに同意します。