

# 世帯調書兼同意書

1. 申請者が属する住民票上の同一世帯員は下表のとおりです。(全員の氏名・続柄を下記に記載してください。)
2. 世帯全員の**地方税関係情報**を知事が取得することについて、
  - 希望(同意)します。→**世帯全員がそれぞれ下記に署名し、マイナンバーを記載してください。**  
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、書類の提出を依頼することがあります。
  - 希望(同意)しません。→**世帯全員分の市町民税所得課税証明書(原本)の提出が必要です。**
    - 定期検査費用の助成における自己負担限度額を決定するためには、世帯全員の課税状況を証明する書類が必要になります。(定期検査が実施された年度の前年の所得に応じた課税状況を確認します。)  
住民税非課税世帯:階層区分「乙:0円」  
世帯の市町民税所得割合算額235,000円未満:階層区分「甲:慢性肝炎2,000円、肝硬変又は肝がん3,000円」
    - 申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者については、下表の「合算除外希望者」欄にチェックし、配偶者及び該当者の医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等を追加提出することで、市町村民税額合算対象から除外できます。  
ただし、未就学児又は義務教育学校に在籍中の者については、課税状況を証明する書類の提出は不要です。  
義務教育以外の学校等に在学する生徒・学生でアルバイト等の収入がない者については、下表の「学生等」欄にチェックすることで、課税状況を証明する書類の提出を省略することができます。
3. **医療保険の支給に関する情報**を知事が取得することについて、
  - 希望(同意)します。→**該当者がそれぞれ下記に署名し、マイナンバーを記載してください。**  
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、資料等の提出を依頼することがあります。
  - 希望(同意)しません。→**該当者について、以下のいずれかの資料等の提出が必要です。**

**【医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等】**

- ①保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」
- ②マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)

ふりがな	続柄	学生等 (収入がない場合に限る)	合算除外 希望者	上記2・3の情報照会を希望する方のみ記載		保健所確認欄	
氏名 (上記2・3の情報照会を希望する方は 自署(中学生以下は代筆可))				個人番号(マイナンバー)	医療保険の種別	情報照会を希望する項目	市町民税(所得割)課税年額
.....	本人	<input type="checkbox"/>	/	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
世帯の市町村民税(所得割)課税年額			【保健所記載欄】	階層区分	【保健所記載欄】 非課税世帯 ・ 235,000未満		
申請者 (又は代理人※代理申請は 来所申請の場合のみ) の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (運転免許証・パスポート・その他( )) <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書 ※2つ必要 ( )			申請者 及び世帯員 の番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(氏名、住所等の記載事項に変更がないものに限る)		