

※課税状況等の確認の結果、申立内容と齟齬がある場合は、情報連携等で得られた公的情報に基づき、階層区分を決定します。また、必要書類の不足がある場合、追加書類のご提出をお願いする場合があります。

## 市町民税申告等に関する申立書①

### 令和 年度(前年所得)の課税状況について

#### 1 「年収 80 万円以下」の申立

(対象) 以下の要件を全て満たす方

- ①支給認定基準世帯員全員の市町民税が非課税(市町民税非課税世帯)
- ②受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収<sup>※1</sup>が80万円以下
- ③受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の市町民税所得課税証明書またはマイナンバーを提出  
(「2 支給認定基準世帯員の非課税の申立」による、市町民税所得課税証明書の省略は不可)

⇒該当する方で、以下の申立をした方は、階層区分(自己負担上限月額)が低所得1(2,500円)となります。<sup>※2</sup>

支給認定基準世帯員の市町民税は非課税であり、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収<sup>※1</sup>は80万円以下です。

令和 年 月 日

申請者氏名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

電子メールアドレス: \_\_\_\_\_

※1 年収とは、給与所得等の合計所得金額、公的年金等収入額、障害年金、遺族年金、寡婦年金、特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当、特別障害給付金、障害給付等の合計額です。

※2 受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の市町民税所得課税証明書等で年収80万円超である場合、または、マイナンバーによる情報連携の結果、年収が確認できない若しくは80万円超である場合、「低所得1(2,500円)」になりません。なお、虚偽の申告を行った場合、支給認定を取り消す場合があります。

#### 2 支給認定基準世帯員の非課税の申立 ※マイナンバーによる情報連携不可

(対象) 以下の要件を全て満たす方 (ただし、市町民税非課税世帯で受診者本人の年収確認が必要な場合、受診者本人の市町民税所得課税証明書は省略できません。<sup>※4</sup>)

- ①扶養者<sup>※3</sup>の市町民税所得課税証明書を提出した
- ②被扶養者<sup>※4</sup>は市町民税非課税のため市町民税の申告をしていない
- ③扶養者の市町民税所得課税証明書で、被扶養者との扶養関係が確認できる

⇒該当する方で、以下の申立をした方は、被扶養者(該当者分)の市町民税所得課税証明書の提出を省略できます。

以下の者は、税法上、(氏名: \_\_\_\_\_<sup>※3</sup>)に扶養されており、市町民税非課税(年収がない、もしくは居住市町の市町民税非課税限度額以下)であるため、市町民税の申告はしていません。

被扶養者<sup>※4</sup> { 1. 世帯員氏名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)  
2. 世帯員氏名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)  
3. 世帯員氏名: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

令和 年 月 日

申請者氏名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

電子メールアドレス: \_\_\_\_\_

※3 社会保険の被保険者(市町民税非課税の方)、および国民健康保険組合にご加入の方(全員)は、市町民税所得課税証明書を提出してください。

※4 市町民税非課税世帯で、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)が扶養されている(被扶養者である)場合は、階層区分を決定するため、受診者本人(18歳未満の場合は保護者)の年収を確認する必要があることから、市町民税所得課税証明書を省略できません。(マイナンバーによる情報連携を行わない場合)

※課税状況等の確認の結果、申立内容と齟齬がある場合は、情報連携等で得られた公的情報に基づき、階層区分を決定します。また、必要書類の不足がある場合、追加書類のご提出をお願いする場合があります。

## 市町民税申告等に関する申立書②

### 令和 年度(前年所得)の課税状況について

#### 3 「上位所得」の申立

(対象) 支給認定基準世帯員の市町民税(所得割)額の合計が251,000円以上等の理由により、「上位所得」で構わない方

⇒以下の申立をした方<sup>※5</sup>は、市町民税所得課税証明書を省略できます。

また、以下の申立をした上、住民票を提出いただければ、マイナンバーの提出を省略できます。

階層区分は「上位所得」となります。

階層区分が「上位所得」となることを了承します。

令和 年 月 日

申請者氏名: \_\_\_\_\_

住 所: \_\_\_\_\_

電 話 番 号: \_\_\_\_\_

電子メールアドレス: \_\_\_\_\_

※5 国民健康保険組合にご加入の方(全員)は、市町民税所得課税証明書を提出してください。

#### 4 生活保護に関する申立

(対象) 生活保護受給者全員

(医療保険<sup>※6</sup>に加入している方は、保険証のコピーを提出してください。)

・医療保険に加入しています。 ( はい ・ いいえ ) ※いずれかに○

(「はい」のとき) 加入している保険者名: \_\_\_\_\_

資格取得年月日: (和暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日

令和 年 月 日

申請者氏名: \_\_\_\_\_

※6 医療保険とは、社会保険(健保協会・健保組合・共済組合)、国民健康保険、国保組合、後期高齢者医療広域連合のいずれかです。