

样式第1 (第3条关系)

入院费用负担义务者	开始收费 (住院措施)	所得税合算额	每月收费额	左方记载者职业姓名
※	※ 年 月 日	※ 日元	※ 日元	※ 印

平成 年度精神措施患者住院费用收费之相关申报书

(从平成 年 月到平成 年 月)

保险所长先生/女士

平成 年 月 日

申报者 (平假名)  
地址

(平假名)  
姓名

电话 ( )

措 施 患 者	姓名			健 康 保 险 等	患者所适用的健康保险		1 有
	措施				〔 在1上画圈者请填写下列内容。 〕	2 无	
	医院名					3 生活保护	
	措施年月日				健保・共济・老保・船员・国保		本人・家人
家 庭 成 员	姓名	和患者关系	年龄	工作单位(学校)名称	收入有无	年度 所得税额	备注
		患者本人			有 无		
		(患者的) 父亲				有 无	
		母亲				有 无	
						有 无	
						有 无	
						有 无	
						有 无	

联络栏(有任何注意到的事项请填写在此处。)

备注 ※的地方不要填写。

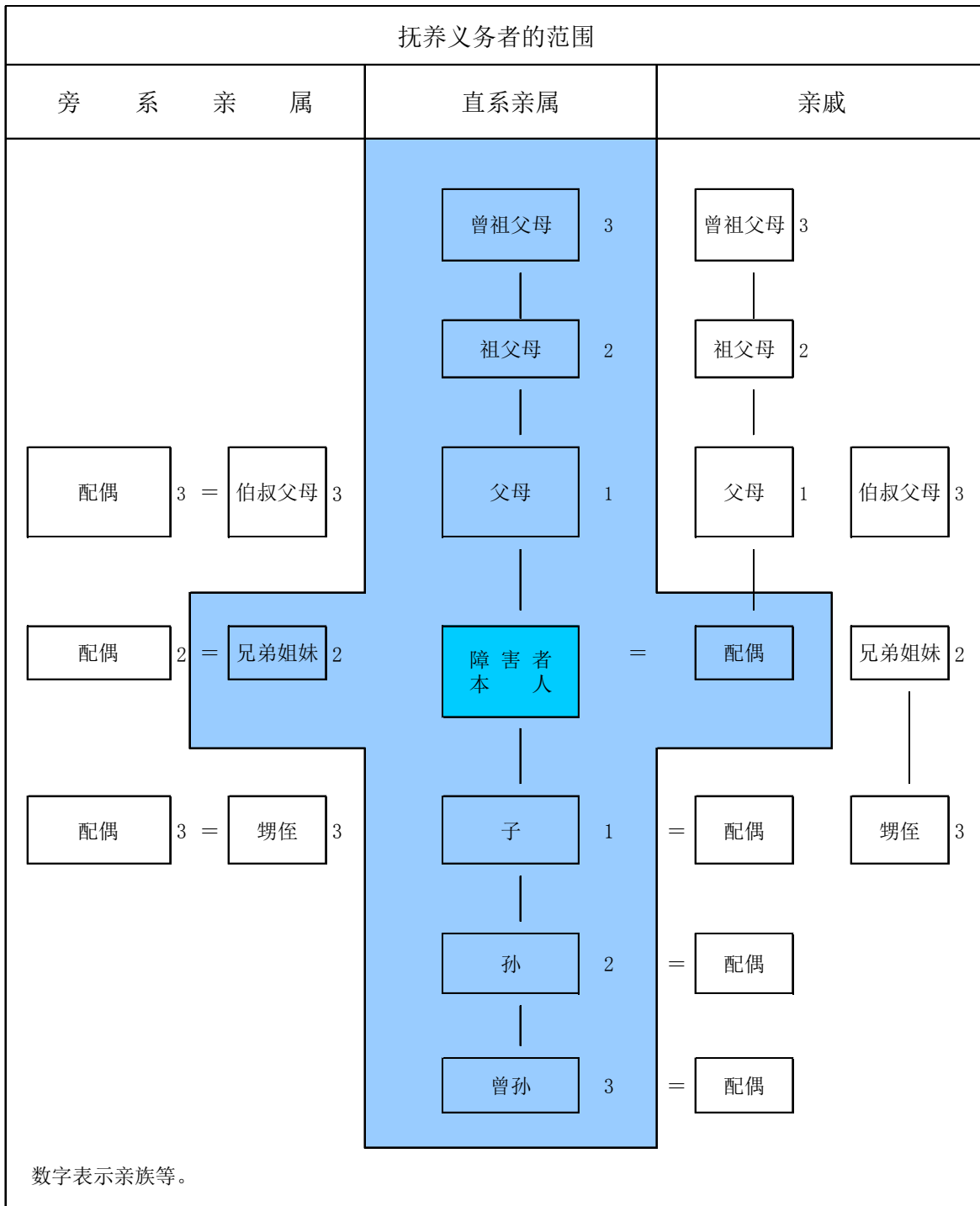
(所附资料)

请在本申报书基础上添加以下资料后提出。

- 1 包括措施患者在内的家庭全体成员住民票复印件……市町村役场  
(措施患者和其他住院费用负担义务者为不同家庭时, 需要各自的家庭全体成员住民票)
- 2 措施患者的健康保险证复印件
- 3 可证明包括措施患者住院费用负担义务者上年度(但是从1月1日起到5月31日为止强制住院的患者为前年度所得税额)所得税额的以下资料
  - (1) 工资收入者 源泉征收票……工作单位
  - (2) 有工资之外收入者 纳税证明书(其1)……税务署
  - (3) 已进行确定申告者
    - ア 确定申告书收据(盖有税务署受理印的资料)
    - イ 没有税务署受理印的资料为, 纳税证明书(其1)附上确定申告书收据
  - (4) 无收入者 可证明抚养事实的资料
    - ア 对于源泉征收扣除对象者需要源泉征收票
    - イ 对于确定申告的扣除对象者需要确定申告收据(盖有税务署受理印的资料)
    - ウ 市町村县民税非扣税证明, 配偶者抚养证明, 抚养亲人证明……市町村役场
- 4 措施患者或者其家人生活保护法保护的时候需要证明其事实  
资料……福利事务所

別表

### 有关入院费用义务负担者



涂有颜色的部分为该当义务抚养者

本抚养义务者中，障害者本人和同为生计者为入院费义务负担者

其次，下列事项中如有该当选项，则同视为生计

- ① 于住民票上的地址相同。
- ② 为健康保险的抚养家族。
- ③ 作为税法上的抚养家族有扣除。
- ④ 在支付患者的日用品费