

様式第1 (第3条関係)

入院費負担義務者	徴収開始 (入院措置)	所得税合算額	徴収月額	左記記載者職氏名
※	※ 年 月 日	※ 円	※ 円	※ ⑩

平成 年度精神措置患者入院費用徴収に関する申告書

(平成 年 月から平成 年 月分まで)

保健所長殿

平成 年 月 日

申告者 (フリガナ)
住 所

〒

(フリガナ)
氏 名

⑩

電話 ()

措 置 患 者	氏 名			健 康 保 険 等	患者が適用を受けている健康保険		1 有
	措 置				[1に○をつけた方は下にも記入し てください。]	2 無	
	病院名					3 生活保護	
	病院名				健保・共済・老保・船員・国保		本人・家族
家 族 構 成	措 置			記号	番号	保険者名	
	年月日						
	氏 名	患 者 と の 続 き	年 令	勤 務 先 (学 校) 名	所 得 の 有 無	所 得 税 額	備 考
		患者本人			有 無		
		(患者の) 父			有 無		
		母			有 無		
					有 無		
					有 無		

通信欄(お気づきの事がありましたら記入してください。)

備考 ※のところは記入しないこと。

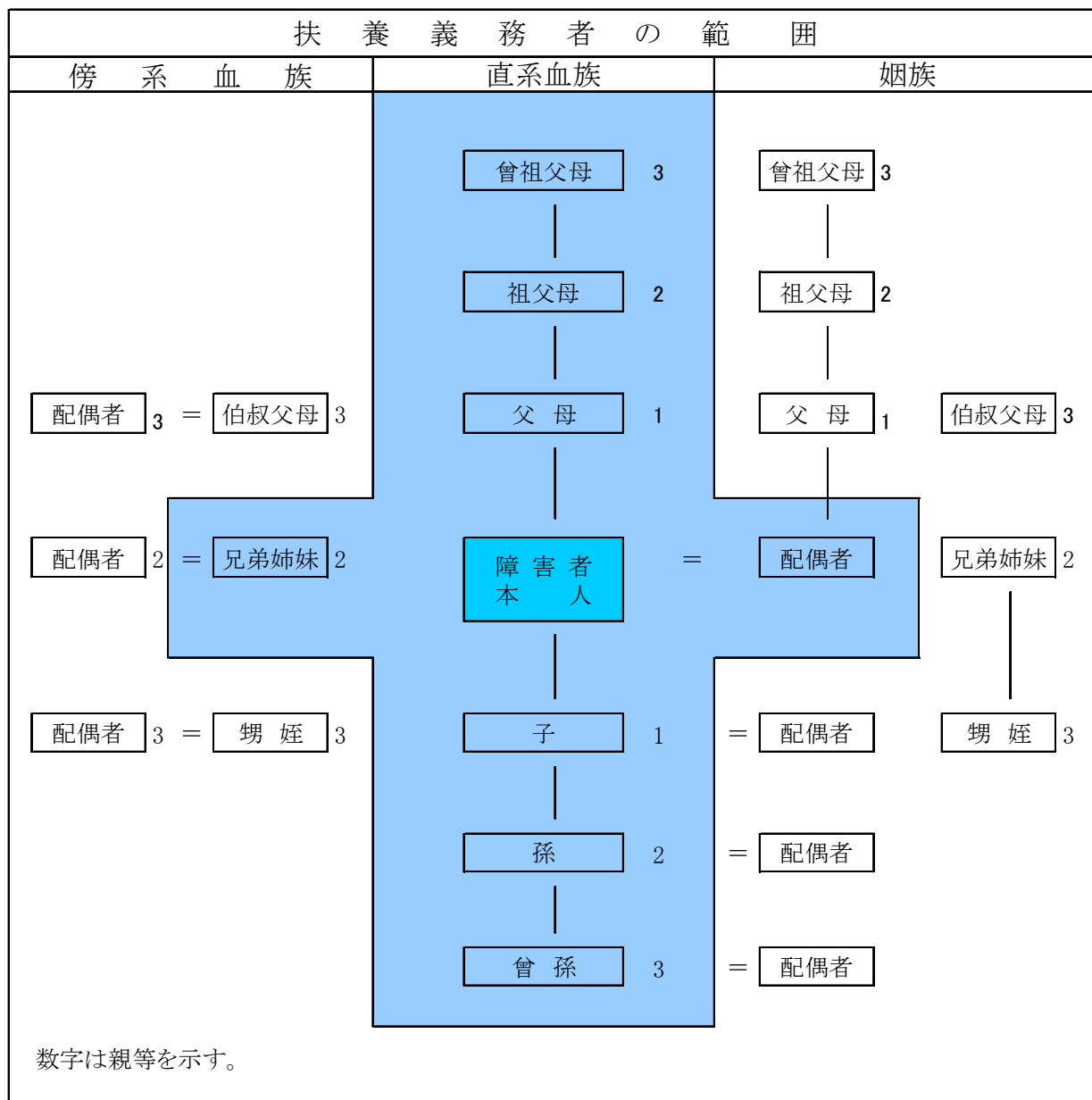
(添付書類)

この申告書には次の書類をつけて提出してください。

- 1 措置患者を含む世帯全員の住民票の写し……市町村役場
(措置患者とその他の入院費負担義務者が別世帯の場合は、それぞれの世帯全員の住民票)
- 2 措置患者の健康保険証の写し
- 3 措置患者を含む入院費負担義務者の前年分(但し1月1日から5月31日までに入院措置となった患者については、前々年分の所得税額)の所得税額を証明する次の書類
 - (1) 給与所得者 源泉徴収票……勤務先
 - (2) 給与所得以外の所得のある者 納税証明書(その1)……税務署
 - (3) 確定申告をした者
 - ア 確定申告書の控え(税務署の受付印のあるもの)
 - イ 税務署の受付印のないものは納税証明書(その1)を確定申告書の控えに添付
 - (4) 所得のない者 扶養の事実を証明する書類
 - ア 源泉徴収で控除対象者については、源泉徴収票
 - イ 確定申告で控除対象者については、確定申告の控え(税務署の受付印のあるもの)
 - ウ 市町村県民税の非課税証明、配偶者扶養証明、扶養親族証明……市町村役場
- 4 措置患者又はその家族が生活保護法による保護を受けている場合は、その事実を証明する書類……福祉事務所

別表

入院費負担義務者について



色つきの部分に該当する者が扶養義務者あたります。

この扶養義務者のなかで障害者本人と生計を同じくしている者が入院費負担義務者にあたります。

なお、次のような事実のどれかに該当すれば生計同一と見なされます。

- ① 住民票上の住所地が同一である。
- ② 健康保険の扶養家族にしている。
- ③ 税法上の扶養家族として控除を受けている。
- ④ 患者の日用品費を支払っている。