

# 同意書

下記の者は、長野市が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続きを処理するために限って  
 地方税関係情報について取得することに同意します。  
 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

長野市長

年 月 日

- ・下記太枠部分（A欄）のみご記入願います。
- ・世帯全員を記入してください。
- ・氏名の下に個人番号（マイナンバー）を記入してください。個人番号の記載により市町村民税課税証明の添付が省略できます。
- ・個人番号を記載いただけない方は、住民票のあった市町村から市町村民税課税証明の取得をお願いします。

A欄（申請者記載）						B欄（担当記載）		
本人（受診者）	住所〒					市町村民税（年度）		
	氏名 個人番号	続柄	性別	生年月日	上記と住所が異なる場合、その住所	所得割	均等割	備考
		本人				, 円	有・無	
世帯の親族					〒	, 円	有・無	
					〒	, 円	有・無	
					〒	, 円	有・無	
					〒	, 円	有・無	
所得割計						, 円		

欄	（新規・転院・延長）受給者氏名		受給番号		交付番号			
	指定医療機関名	長野赤十字・厚生連篠ノ井・厚生連松代・長野県立こども・信大医学部附属・その他（						
	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで						
	付加給付制度の有無	有・無	階層区分		徴収基準月額	円		
（担当記載）	受給者の属する世帯の階層区分					費用徴収月額		
	A	生活保護法による被保護世帯及び中国残留邦人等に関する法律による支援給付受給世帯				0		
	B	当該年度分の市町村民税非課税世帯				2,600		
	C	当該年度分の市町村民税均等割のみ課税世帯				5,400		
	D1	当該年度分の市町村民税課税世帯であって、その世帯の市町村民税の所得割の額の区分が次の区分に該当するもの				前年分の所得割額計 15,000円以下	7,900	
	2					15,001円以上	21,000円以下	10,800
	3					21,001円以上	51,000円以下	16,200
	4					51,001円以上	87,000円以下	22,400
	5					87,001円以上	171,300円以下	34,800
	6					171,301円以上	252,100円以下	49,400
	7					252,101円以上	342,100円以下	65,000
	8					342,101円以上	450,100円以下	82,400
	9					450,101円以上	579,000円以下	102,000
	10					579,001円以上	700,900円以下	123,400
	11					700,901円以上	849,000円以下	147,000
12	849,001円以上					1,041,000円以下	172,500	
13	1,041,001円以上					1,222,500円以下	199,900	
14	1,222,501円以上					1,423,500円以下	229,400	
15	1,423,501円以上					その月における被措置者に係る措置費の弁済額		

・児童の属する世帯全員の市町村民税課税額の合算額に基づき、費用徴収月額を決定する。