

(使用目的)

1. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の申請
2. 身体障害児育成医療の申請
3. 結核児童療育医療の申請
4. 未熟児養育医療の申請
5. 妊娠中毒症等療養援護の申請

※	階 層 区 分					
A.	B.	C ₁ .	C ₂ .	D ₁ .	D ₂ .	D ₃ .
D ₄ .	D ₅ .	D ₆ .	D ₇ .	D ₈ .	D ₉ .	

市 町 村 民 税 等 証 明 額

(医療費公費負担申請用)

下記世帯調書欄の市町村民税について証明ください。

市町村長殿

平成 年 月 日

住所
願人 氏名



市 町 村 民 税 等 証 明 書

下記のとおりであることを証明します。

市町村長

印

[世帯調書]

氏名	患者との関係	性別	年令	職業	勤務先	市町村民税		年度
						均等割	所得割	
	患者					円	円	
市町村民税が非課税又は減免されているときはその理由	非課税							
	全額免除							
	一部免除							
記の 載 に お つ 願 い て い	1	この証明書は患者の配偶者及び患者と同居している親族（親子、兄弟、姉妹）全員について記入してください。						
	2	市町村民税、所得税は非課税者の欄に記入してください。						
	3	同居者中に2つ以上の世帯があり、又は2人以上の非課税者があるときは、それぞれの欄に税額を記入してください。						
	4	患者の配偶者又は未成年患者の親又は保護者が同居しているときは、勤務先欄に住所を記入してください。						

※ 生活保護法(生活扶助医療扶助等)を受けている場合は、福祉事務所長の発行する証明書を、前年分の所得税が課税されているものは、その課税額についての所轄税務署長の税額証明書を添付すること。ただし、給与所得者は事業主の発行する源泉徴収票を添付すること。