

証明書等省略（個人番号による情報照会）確認書

令和 年 月 日

患者氏名： _____

(保護者・代理人氏名： _____)

証明書等の省略を希望する場合は、下記の同意事項と確認事項をよく読んでいただき、同意欄と確認欄に☑して提出してください。

1. 省略する書類（☑を記入）

<input type="checkbox"/>	『資格情報確認書』（保険証）のコピー
<input type="checkbox"/>	令和8年度（令和7年分）の『市町村民税証明書』

2. 同意事項（同意欄に☑）

同意欄 <input type="checkbox"/>	書類を省略した患者と家族の収入や市町村民税、保険証の情報について、県が個人番号を利用して市町村や保険者に情報を照会することに同意する。
	個人番号で情報を照会できなかった場合は、省略した書類の提出を行うことに同意する。（必要な場合は後日県から連絡します。）

3. 確認事項（確認欄に☑）

確認欄 <input type="checkbox"/>	書類を省略する患者、家族全員の同意を得て、この確認書を提出している。
	書類を省略する家族全員の職業欄（世帯調書）に○を付けている。
	書類を省略する患者、家族全員の個人番号確認書類を提出している。

4. 「非課税収入申告書」の提出について（患者または保護者のみ）

患者本人（18歳未満の場合は保護者）の「市町村民税証明書」を省略する場合は、【様式集③】「非課税収入申告書」の提出が必要です。

○非課税収入申告書の提出がない場合は、市町村民税が非課税の場合でも自己負担上限月額2,500円（低所得Ⅱ）で認定となります。

※上記について確認の上、「階層区分の認定同意欄」に☑した場合は非課税収入申告書の提出を省略できます。非課税収入申告書を提出しない場合は必ず同意欄に☑してください。

階層区分の認定同意欄（上記4の対象者で非課税証明書の省略を希望する場合のみ☑）	
<input type="checkbox"/>	私（患者本人または18歳未満の場合は保護者）は、市町村民税証明書の提出を省略するにあたり、低所得区分に係る非課税収入の有無が確認できない（または、給付額を確認するための証明書類が提出できない）ため、患者氏名と左のチェック欄への記入をもって低所得Ⅱ（自己負担上限月額2,500円）の認定となることに同意します。