

## 添付書類省略に係る調書（新規申請用）

住民票、保険情報が確認できる書類、市町村民税 所得・課税証明書のうちいずれか1点以上について添付省略を希望される方のみ、ご提出ください。（マイナンバーを使用して、県が市町村等に照会することにより情報を取得します。）

なお、**市町村民税 所得・課税証明書の省略を希望される場合は、必ず裏面のフロー図により、省略可能かどうかご確認ください。**

【確認事項】※すべて「はい」となる場合、省略可能です。

1	添付省略を希望する患者または世帯員の個人番号提供書を既に提出済、または今回提出する。	はい	いいえ
2	DVや虐待等による支援措置を受けていない。	はい	いいえ

情報連携により情報が取得ができない場合は、後日、必要な書類を提出することに同意します。

（申請者氏名）

年 月 日

※添付省略を希望する方の情報のみ、ご記入ください。

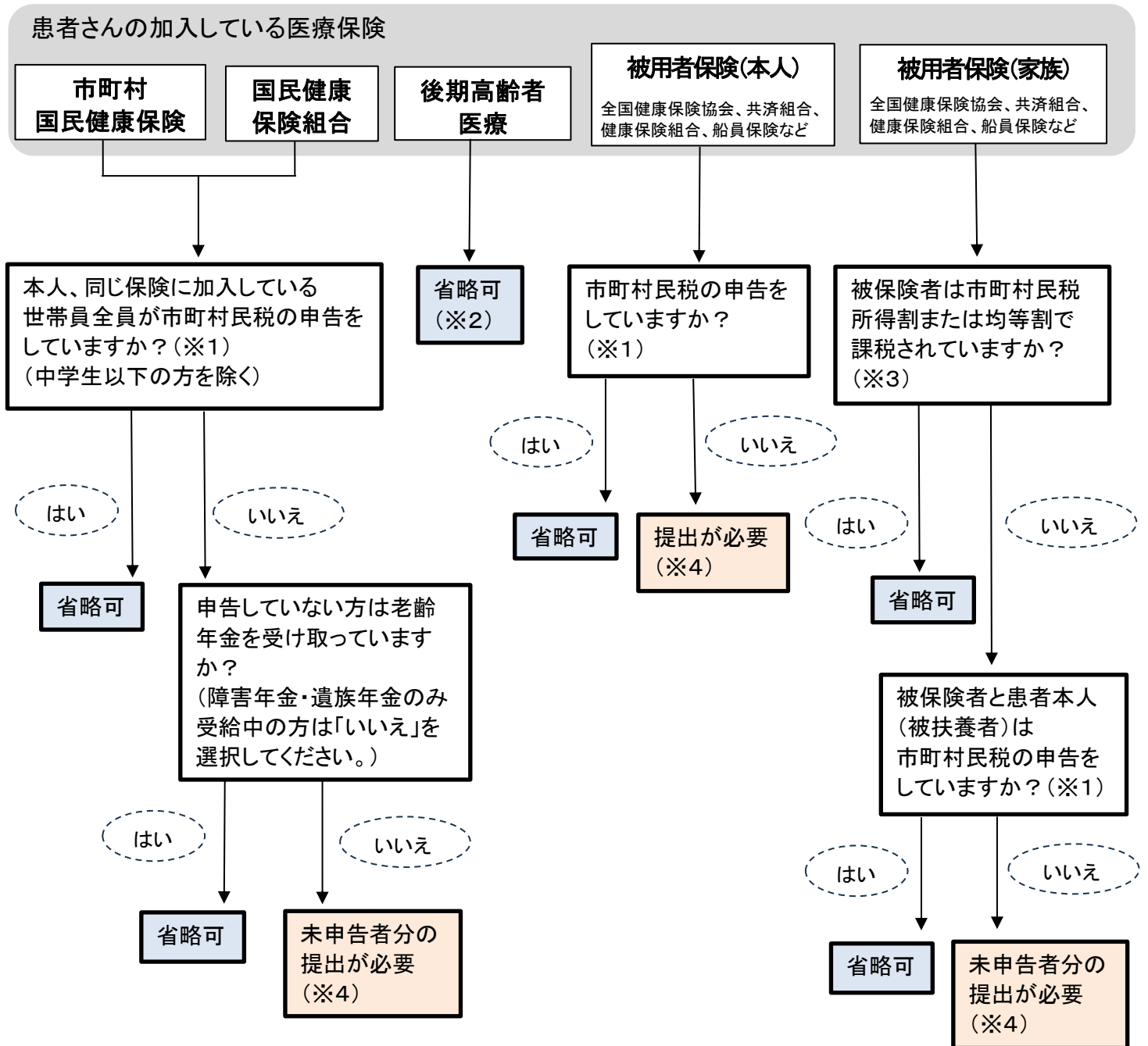
患者本人	フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 . . .
	氏名		市町村民税の申告	あり . なし
	【申請書と異なる場合のみ】1月1日時点の住所地（市区町村のみ）（※1）			
	都・道 府・県			
患者と同じ医療保険に 加入している方	フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 . . .
	氏名		市町村民税の申告	あり . なし
	※課税証明は中学生以下の方は提出不要です。 1月1日時点の住所地（市区町村のみ）（※1）（※2）			
	都・道 府・県			
患者と同じ医療保険に 加入している方	フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 . . .
	氏名		市町村民税の申告	あり . なし
	※課税証明は中学生以下の方は提出不要です。 1月1日時点の住所地（市区町村のみ）（※1）（※2）			
	都・道 府・県			
患者と同じ医療保険に 加入している方	フリガナ		生年月日	大・昭 平・令 . . .
	氏名		市町村民税の申告	あり . なし
	※課税証明は中学生以下の方は提出不要です。 1月1日時点の住所地（市区町村のみ）（※1）（※2）			
	都・道 府・県			

（※1）6月30日までに申請する場合は、前年1月1日時点の住所地をご記入ください。

（※2）申請書に住所を記入している場合は、申請書と異なる場合のみご記入ください。

## 添付書類の省略を希望する方へ(市町村民税 所得・課税証明書)

以下のフロー図の「はい」または「いいえ」に○をして、省略が可能かどうか確認してください。



(※1) 年末調整や確定申告をした場合も該当します。

(※2) 老齢年金を受け取っていない場合で、かつ申告をしていない方は省略できません。

(※3) 課税状況はマイナポータルから確認できます。

(※4) 申告をしたうえで、所得・課税証明書をご提出ください。