様式第１９号

結核医療費負担能力申告書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者 | 住所 |  | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | 世帯主 |  |

世帯の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人、配偶者及び生計を一にする絶対的扶養義務者 | 氏名 | 年齢 | 患者との続　　柄 | 居住地 | 市町村民税所得割の額 |
|  |  | 本人 |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計額 |  |

上記のとおり申告します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申告者

　茨城県　　　保健所長　殿

【記入上の注意】

　１　絶対的扶養義務者とは、届出者の父母、祖父母、子、孫などの直系血族と兄弟姉妹をいいます。

　２　市町村民税所得割の額は、入院のあった月の属する年度（入院のあった月が４月から６月のまでの場合にあっては、前年度）分の所得割の額の確定額となります。

　３　申告書は患者本人又は絶対的扶養義務者等が提出してください。

【添付書類】

　１　世帯全員の住民票、本人及び絶対的扶養義務者の所得税額を証明するものを添付してください。

　２　住民票がない外国人の場合は、「在留カード」、「特別永住者証明書」等の在留資格が確認できるものの写しを提出してください。