（様式３１号の２）

|  |
| --- |
|  　　 精神障がい者措置入院費用徴収に関する申告書 （あて先） 年　　　月　　　日 　　　　　　保健福祉（環境）事務所長 （〒　　　－　　　　　） 　　　　 　　　　　　住所： 　　　　　 （扶養義務者） 　　　　　 　 氏名：  患者との続柄（ ）電話： |
|  患者氏名 |  生 |  住所 |  病院名 |  措置年月日 　  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  世帯員氏名 | 個　人　番　号 |  生 年 月 日 | 性別 |  患者と の続柄 |  所得の 有　無 | 職　業 | 備　考 |
| 年齢 |
|  |  |  　　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |
|  |  | 　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |
|  |  |  　　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |
|  |  |  　　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |
|  |  |  　　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |
|  |  |  　　 ・　 ・ | 男・女 |  |  有・無 |  |  |
|  |

　注　申告書には次の書類を必ず添付してください。

１．措置入院者本人及び措置入院者と生計をーにしている者のうち給与所得のある者は、措置入院又は緊急措置入院のあった月の属する年度（当該入院のあった月が４月から６月までの場合にあっては前年度）分の市町村民税・県民税特別徴収税額通知書又は市町村民税・県民税課税（非課税）証明書

２．措置入院者本人及び措置入院者と生計をーにしている者のうち給与所得以外の所得がある場合は、市町村民税・県民税税額決定・納税通知書又は市町村民税・県民税課税（非課税）証明書

３．措置入院者本人及び措置入院者と生計をーにしている者のうち所得のない者は、当該年度の住民税に関しての非課税又は住民税額が均等割のみであることの市町村発行の証明書

 ４．生活保護法による保護を受けている者は、県保健福祉(環境)事務所または市が発行する保護証明書

５．措置入院者本人を含む世帯全員の住民票又は出身世帯全員（措置入院者を含む。）の住民票

※１　４の書類を提出した場合は、１、２、３、５の書類を省略することができる。

※２　個人番号を記載することで、省略可能な書類がある。（別紙「措置入院費用徴収に関する申告書を提出される方へ 」を参照）