**同　意　書**

**特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、神戸市が私の加入する医療保険者に報告を求めることをかつ提供することに同意します。**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**神戸市保健所長**

**加入医療保険者　様**

**受給者**

**住　所**

**氏　名**

**（受給者が未成年者及び法定代理人が定められている場合には記載をお願いします）**

**法定代理人（親権者等）**

**住　所**

**氏　名**

**（本人との続柄：　　 　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな**被保険者** |  |
| **保険者名称** |  | **保険者番号** |  |
| **被保険者証記号番号** |  |

**受給者番号**

**※この同意書は保険者へ提出されます 　　　　　　（新規申請者の場合は記載不要）**

保険者が「社会保険」「国保組合」の方は、裏面をご確認ください。

以下をご確認のうえ、必要な書類を併せてご提出ください。

● 社会保険（協会けんぽ、健保組合・共済など）の方

　□ 被保険者が課税　　 ⇒　 別途書類は不要です。

　□ 被保険者が非課税　　 ⇒　 被保険者の市民税の非課税証明書が必要です。

● 国保組合の方

 □ 　同じ保険（同じ記号番号）に加入されている方全員分の

　市民税の課税証明書が必要です。

市民税の課税状況を証明する書類

　市民税課税（又は非課税）証明書（原本）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請時期 | 4～5月 | 6月 | 7月～10月 | 11～3月 |
| 新規申請 | 前年度分（前々年分） | 前年度分（前々年分） | 当年度分（前年分） | 当年度分（前年分） |
| 更新申請 |  | 当年度分（前年分） | 当年度分（前年分） |  |

* 必要な（非）課税証明の年度は下表をご確認ください。