※　自己負担上限額の決定に関する同意書を提出した方や、平成25年分の所得税が課税されていない方、平成26年度の市県民税が課税されていない方、生活保護受給者の方は、この報告書の提出は必要ありません。

静岡市小児慢性特定疾患治療研究事業実施申請者　様

平成22年度税制改正において、所得税等に係る年少扶養控除及び16歳から18歳までの特定扶養控除の上乗せ部分の廃止が行われました。

小児慢性特定疾患治療研究事業における自己負担限度額（階層区分）につきましては、これら所得税課税額等を基に算定いたします。

このため、**該当する被扶養者がおられる生計中心者につきましては、扶養控除の見直しができる限り自己負担限度額に影響しないよう配慮するため、以下の項目について、記載及び関係書類の提出**をお願いします。

申請者

住　所　静岡市　　区

名　前　　印

電　話　（　　）

受診者との続柄（　　）

1　平成25年12月31日時点で、生計中心者の方が19歳未満の方を扶養していますか。「はい」か「いいえ」にマルをつけてください。　　はい　　いいえ

2　1で「はい」にマルをつけた方は、つぎのフローチャートの質問事項の、該当するものにお進みください。

【フローチャート（質問事項）】

①「生計中心者の所得税額等を確認できる書類」として「源泉徴収票の写し」「納税証明書その１」のどちらを提出されますか

「納税証明書その１」の方

本書の【報告】に該当する19歳未満の被扶養者のお名前と生年月日等をご記入の上、「納税証明書その１」と**確定申告書第一表及び第二表の控えのコピーと併せて**提出してください

「源泉徴収票」の方

本書の【報告】に、該当する19歳未満の被扶養者のお名前と生年月日等をご記入の上、源泉徴収票の写しと併せて提出してください

【報告】該当扶養者報告書

生計中心者の方が、平成25年12月31日時点で、19歳未満の方を扶養している場合は、被扶養者（19歳未満）の方のお名前等を記入してください。

	氏名	生年月日	平成25年12月31日時点の年齢	
			０～15歳	16～18歳
1		平成　年　月　日		
2		平成　年　月　日		
3		平成　年　月　日		
4		平成　年　月　日		

＜参考　平成25年所得の場合＞

０歳から15歳：平成10年１月２日から平成25年12月31日生まれ
16歳から18歳：平成７年１月２日から平成10年１月１日生まれ

どちらかに○を記入してください。