

申立書兼同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。

また、必要に応じ、官公署等に対し、受給者及び支給認定基準世帯員等の資産又は収入の状況についての必要な文書の閲覧、資料の提供等を求めることに同意します。

年 月 日

寝屋川市長 宛て

申請者住所 寝屋川市

申請者氏名

受給者氏名

■課税証明及び収入確認書類について

	世帯の課税証明を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了解します。 【課税証明を提出しない場合】
	年金証書等年収を証明する書類（一部）を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了解します。 【非課税世帯で、年収の証明を提出しない場合】
	申請者には、次のとおり収入があります。 【収入について(低所得Ⅰ・Ⅱ)】 <input type="checkbox"/> 地方税法上の合計所得金額 〈市民税・府民税非課税証明書等のとおり〉 <input type="checkbox"/> 所得税法上の公的年金等の収入額 〈市民税・府民税非課税証明書等のとおり〉 <input type="checkbox"/> 障害年金等※1 (年額 円) 〈確認できる通知等の提出が必要〉 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当等※2 (年額 円) 〈確認できる通知等の提出が必要〉
	申請者には、提出した書類（市民税・府民税非課税証明書等）に記載されている金額のほか、障害年金等※1及び特別児童扶養手当等※2の収入はありません。 【収入について(低所得Ⅰ・Ⅱ)】

■その他

	具体的に記入してください。
--	---------------

※1 「障害年金等」とは、障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金のことをいいます。

※2 「特別児童扶養手当等」とは、特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当のことをいいます。