

市町村民税非課税（世帯）の方は必ず提出してください。

市町村民税非課税者に係る収入状況申告書（指定難病医療給付）

次のとおり、収入状況に係る事項を申告します。

申請者*氏名

※申請書の申請者氏名欄に記名された方（患者又は保護者）を記載してください。

1 下表のうち、申請者が受給している年金等について、該当するものにチェック してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	年金・手当金等 (令和7年1月～令和7年12月の期間内で受給していたもの)
<input type="checkbox"/>	① 遺族年金
該当者はどちらかに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	② 障害年金
<input type="checkbox"/>	③ 寡婦年金
<input type="checkbox"/>	④ 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/>	⑤ 特別障害者手当
<input type="checkbox"/>	⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）
<input type="checkbox"/>	⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付
<input type="checkbox"/>	⑧ ①～⑦のいずれにも該当せず、そのほかの収入もない

2 提出する書類(①～⑦にチェックした方のみ)

受給額が確認できる書類を提出してください。

例) 遺族年金等の振込通知書（コピー）、振込額がわかる通帳のコピー等

下記に承諾した場合、上記書類の提出は不要です。

自己負担上限月額が低所得Ⅱ（5,000円）になることを承諾し、
上記書類を提出しません。

(参考)

・公的年金収入等と①～⑦の合計が82.65万円以下の場合の自己負担上限月額 ⇒ 低所得Ⅰ（上限月額2,500円）
・公的年金収入等と①～⑦の合計が82.65万円を超える場合の自己負担上限月額 } 低所得Ⅱ（上限月額5,000円）
①～⑦の受給額が確認できる書類の提出がない場合の自己負担上限月額