

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。

☒	年金・手当金等 (令和6年1月～令和6年12月の期間内で受給していたもの)
☐	① 遺族年金
該当者はどちらかに ☒ ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級	② 障害年金
☐	③ 寡婦年金
☐	④ 特別児童扶養手当
☐	⑤ 特別障害者手当
☐	⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）
☐	⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付
☐	⑧ ①～⑦のいずれにも該当しない

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80.9万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80.9万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