様式１

非　課　税　収　入　申　告　書

患者名　　（署名）

非課税世帯の申告事項	**市町村民税が非課税**の場合は、以下のA,Bどちらか該当する方に☑をつけてください。　→　【必須】

A□　患者（患者が18歳未満の場合、保護者のうち一番収入が多い方）の**年収が82万6,500円を超える**ため、自己負担上限額の区分は、「低所得Ⅱ」（月額 5,000円）に該当します。
（下欄の収入に関する証明書類を提出できない場合を含む。）

※Aに該当する場合は、☑を付けて記載終了です。

B□　患者(同上)の**年収が82万6,500円以下**のため、自己負担上限額の区分を「低所得Ⅰ」(月額2,500円)に該当します。年収のうち、非課税収入（厚生労働省令で定めるもの）については、次のとおり申告します。

・収入対象者　□ 患者　□ 保護者　→　氏名［　　］

下欄に進み,続けて記載してください。
※B該当者は、記載必須です。

どちらかに☑してください。
保護者の場合は、記名願います。

年収が82万6,500円以下の方（B該当者）は、収入の有無の該当する方に〇を付けてください（必須）
収入が有の場合は、該当する非課税収入全てに〇を付け、収入額を記載してください。

収入の有無（どちらかを選択）※必須	厚生労働省令で定める非課税収入	収入額	
有・無	① 障害基礎年金　② 遺族基礎年金 ③ 寡婦年金　④ 障害年金 ⑤ 障害厚生年金　⑥ 障害手当金 ⑦ 遺族厚生年金　⑧ 障害一時金 ⑨ 障害共済年金　⑩ 遺族共済年金 ⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの ⑫ 特別障害給付金　⑬ 障害補償給付・障害給付 ⑭ 労災・公務災害による障害補償給付等 ⑮ 特別児童扶養手当　⑯ 障害児福祉手当 ⑰ 特別障害者手当　⑱ 福祉手当 ⑲ その他（　　）	収入額	月額　　円 年額　　円

・申請書提出日が４～６月の場合は前々年の収入額を、７～３月の場合は前年の収入額を記入してください。

・収入が「有」の場合は、上記で〇を付けた収入の「対象期間中の収入額」が確認できる年金証書や払込通知書等のコピーを添付してください。

◆**市町村民税の課税世帯**で、年収を証明する書類を提出することが困難な場合は、次の「自己負担区分に係る申し立て」に記名してください。　→　【該当者のみ】

自己負担区分に係る申し立て

私は、特定医療費（指定難病）の支給認定（特定疾患医療受給者証の交付申請）に当たり、市町村民税額を証明する書類を提出することが困難なことから、自己負担区分が**「上位所得」**として決定されることに異議ありません。

※　上位所得　→　月額 30,000円
（高額かつ長期に該当する場合は月額20,000円）

申請者　氏名　　（署名）