

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80万円を超える**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80万円以下**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。**

年収が80万円以下の方（B該当者）は、収入の有無の該当する方に○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○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	月 額 円
	有	① 障害基礎年金		
無	③ 寡婦年金	④ 障害年金	額	
	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 (_____)			

・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○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)