**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　⇒

・**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

　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

**低所得Ⅰ（上限月額２，５００円）**　階層区分が**低所得Ⅰ（上限月額２，５００円）**

　**低所得Ⅱ（上限月額５，０００円）**