

※ 市町村民税非課税世帯(注1)の方は、前年(注2)の収入状況について該当する項目に○を付け、必要書類を添付して提出してください。

(注1)市町村民税非課税世帯=受診者が加入する医療保険の被保険者(患者が社会保険加入の場合は被保険者、国民健康保険加入の場合は被保険者全員)の市町村民税が非課税である世帯(生活保護等を受けている場合を除く。)

(注2)申請が受理された日の属する年の前年。ただし、1～6月に申請が受理された場合は前々年

収入に関する申出書(非課税世帯用)

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請に当たり、私の世帯は市町村民税非課税世帯であり、かつ、私の_____年(注2)の収入状況は下記のとおりであることを申し出ます。

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申請者
(住 所)

(氏 名)

記

次のうち該当する番号に☑を付けてください。

- 1 障害基礎年金、特別児童扶養手当等を受給している。
※ 次の給付のうち該当するものに○を付け、その年金証書、給付決定通知書等(受給額が分かるもの)の写しを添付してください。

ア	障害基礎年金	イ	障害厚生年金	ウ	障害共済年金
エ	遺族基礎年金	オ	遺族厚生年金	カ	遺族共済年金
キ	特別障害給付金	ク	障害補償給付	ケ	特別児童扶養手当
コ	障害児福祉手当	サ	特別障害者手当		
シ	その他(給付名を記入: _____))

- 2 上記1の収入はない。