

この申告書は、以下の場合に提出してください。

⑩「市町民税課税状況の確認書類またはマイナンバーの確認書類」の提出対象者全員が、非課税の場合

支給認定基準に関する申告書 ⑪

低所得Ⅰ（階層区分Ｂ１）申告欄

→
ど
ち
ら
か
に
チ
ェ
ッ
ク
を
お
願
い
し
ま
す
。

私は、市町民税非課税世帯であり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令第１条第５項に定める非課税収入の状況は以下のとおりです。当該非課税収入に合計所得金額と公的年金等収入を合算した額が 80 万円以下であることを申告します。

【非課税収入（①～⑧）がある場合】

- ・受けているもの（①～⑧）を○で囲んでください。
- ・○を付けた収入の証拠となる、公的機関発行書類の写しを添付してください。
- ・収入額（年額）に合計金額を記入してください。

【非課税収入がない場合】

- ・収入額（年額）に 0 円とご記入ください。

①障害年金	②遺族年金	収 入 額	令和4年1～12月分 年額 _____円
③特別児童扶養手当	④障害児福祉手当		
⑤特別障害者手当	⑥経過的福祉手当		
⑦特別障害給付金	⑧障害(補償)給付金		

低所得Ⅱ（階層区分Ｂ２）認定同意欄

→

私は、市町民税の非課税世帯ですが、左のチェック欄への記入をもって、自己負担上限額が「低所得Ⅱ（階層区分Ｂ２）5,000円」と認定されることに同意します。そのため、公的機関の証拠書類のコピーの全部または一部は添付しません。

令和 年 月 日

滋賀県知事 あて
(受給者本人)

住 所
氏 名

※受給者本人が未成年者の場合には下記の法定代理人(保護者等)欄もご記載ください。

(法定代理人)
住 所
氏 名

(本人との続柄：)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--