

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個人番号の確認書類」の提出対象者全ての方が非課税の場合

11

支給認定基準に関する申告書

低所得Ⅰ（階層区分Ｂ１）申告欄

- ☐ 私は、市町民税非課税であり、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 82 万 6500 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 7 年 1 ～ 12 月分 年額 _____ 円
③ 特別児童扶養手当	④ 障害児童福祉手当		
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、市町民税非課税ですが、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)

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)

氏 名

(本人との続柄：)

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--