

非課税収入に係る申告書兼同意書

この申告書兼同意書は、下記 (1) 又は (2) に該当する場合に提出してください。

(1)	①「市町村民税課税証明書」を提出した方が全て市町村民税非課税 ②患者（患者が 18 歳未満の場合は、保護者）の収入（非課税収入の合計額＋ <u>合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）※</u> ）が、826,500 円以下の両方に該当する場合
------------	---

※ 給与所得がある場合の「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」は、「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」から「10 万円（給与所得の額が 10 万円未満の場合は、その額）」を差し引いた額となります。

(2)	マイナンバーによる情報連携により「市町村民税課税証明書」の添付省略を希望する場合
------------	--

岩手県知事 様

年 月 日

(住所)

(氏名)

難病患者に対する医療等に関する法律の特定医療費自己負担上限月額算定にあたり、低所得区分に係る非課税収入は、次のとおり相違ありません。

{	<input type="checkbox"/> (受給者が 18 歳以上の場合) 本人の非課税収入
	<input type="checkbox"/> (受給者が 18 歳未満の場合) 保護者（申請者）の非課税収入

厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受給しているものを○で囲んでください。）

非課税 収入の 有無	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金	収 入 額	前年 1 月～12 月分 年額 _____ 円
	③ 寡婦年金	④ 障害年金		
	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 労災による障害補償給付・障害給付			
	⑭ 公災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			

※ 上記で○を付けた収入の証拠となる公的機関発行書類（写）や通帳（写）を添付してください。

非課税収入はあるが、公的機関発行の証拠書類等を添付しない場合は、下の欄にチェックを入れてください。

なお、チェックをした場合であっても、マイナンバーによる情報連携の結果、課税世帯と判明した場合は、課税状況に応じ、一般所得 1 以上の階層区分での認定となります。

低所得Ⅱ（階層区分 B 2）認定同意欄

<input type="checkbox"/>	私は、市町村民税の非課税世帯ですが、自己負担限度額を判断するための公的機関発行の証拠書類等の全部または一部を提出しませんので、左のチェック欄への記入をもって、自己負担限度額が「低所得Ⅱ（階層区分 B 2） 上限額：5,000 円」と認定されることに同意します。
--------------------------	--