

収入等に係る申立書（上位所得等）

大阪市長 あて

年 月 日

申請者氏名

受診者氏名

受給者番号(新規申請の場合は記入不要)

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。

記

以下の該当する欄に○付けてください。

【所得証明を提出しない場合（上位所得）】

| | |
|-----|---|
| 〔 〕 | 世帯の課税額等を確認できる書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「VI」（上位所得）となることを了解します。 |
|-----|---|

【児童福祉施設入所中の児童等について施設長が申請する場合】

| | |
|-----|---|
| 〔 〕 | 支給認定児童等については、給与所得及び年金・手当等の収入がないことを申し立てます。 |
|-----|---|

※年金・手当等とは、地方税法上の合計所得金額、所得税法上の公的年金等の収入金額以外の、次の障がい年金等や特別児童扶養手当等をいいます。

○障がい年金等

障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等

○特別児童扶養手当等

特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当

※児童福祉法第19条の6第1項第3号及び児童福祉法施行令第22条の2の規定により、虚偽の申請があった場合は支給認定を取り消すことがあります。