

収入等に係る申立書兼同意書

大阪市長 あて

年 月 日

申請者氏名

(自署又は記名押印)

印

受診者氏名

受給者番号(新規申請の場合は記入不要)

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。
また、大阪市が、児童福祉法第 57 条の 4 第 2 項の規定に基づき、小児慢性特定疾病医療費の支給認定のため、必要に応じ官公署等に対し受診者及び支給認定基準世帯員等の資産又は収入の状況についての必要な文書の閲覧、資料の提供等を求めることについて同意します。

記

以下の該当する欄に を付け、必要事項を記入してください。

【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「 」(上位所得)となることを了解します。
-----	--

【非課税世帯で、年金・手当等の証明を提出しない場合】

〔 〕	年金・手当等を受給しており、収入はありますが、証明する書類を提出しません。このため、自己負担上限額の階層区分が「 」(低所得)となることを了解します。
-----	---

* 地方税法上の合計所得金額と所得税法上の公的年金等の収入金額の合計が 80 万円を超えている場合は、証明提出の有無にかかわらず階層区分は「 」(低所得)となります。

【非課税世帯で、年金・手当等の証明を提出する場合】

〔 〕	年金・手当等を受給しており、収入がありますので、証明する書類を全て提出します。
-----	---

* 証書又は振込通知書の写しを添付してください。

【非課税世帯で、年金・手当等を受給していない場合】

〔 〕	年金・手当等の収入は一切ありません。
-----	--------------------

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

年金・手当等の受給の有無については、次の対象者について記入してください。

受診者が国民健康保険に加入の場合は、同じ国民健康保険に加入の保護者のうち収入の高い方
受診者が被用者保険(社会保険等)に加入の場合は、**被保険者**

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。