

記入例

(新規申請用)

※ 受診者及び被保険者（国民健康保険加入の場合は被保険者全員）の市町村民税（申請する年度の課税分）が非課税の場合は、この申出書を記入し、申請書類に添えて提出してください。

※ 市町村民税非課税世帯(注1)の方は、前年(注2)の収入状況について該当する項目に○を付け、必要書類を添付して提出してください。

(注1)市町村民税非課税世帯＝受診者が加入する医療保険の被保険者（患者が社会保険加入の場合は被保険者、国民健康保険加入の場合は被保険者全員）の市町村民税が非課税である世帯（生活保護等を受けている場合を除く。）

(注2)申請が受理された日の属する年の前年。ただし、1～6月に申請が受理された場合は前々年

収入に関する申出書（非課税世帯用）

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請に当たり、私の世帯は市町村民税非課税世帯であり、かつ、私の_____年(注2)の収入状況は下記のとおりであることを申し出ます。

年 月 日

申請書の提出日と同日か、それより前の日を記入してください。

京 都 府 知 事 様

申請する年の前年（1月以降に申請する場合は前々年）に、下記の年金、手当等の支給がある場合は、1に✓を付け、年金証書等のコピーを提出してください。

申請者
(住 所)

(氏 名)

記

申請者本人が記入してください。（直筆で記入、押印不要）
ただし、記入した文字を訂正する場合は、その箇所に二重線を引いて正しい内容を書き添え、訂正した箇所に直筆の署名又は押印（認め印可）をしてください。

次のうち該当する番号に☑を付けてください。

1 障害基礎年金、特別児童扶養手当等を受給している。

※ 次の給付のうち該当するものに○を付け、その年金証書、給付決定通知書等（受給額が分かるもの）の写しを添付してください。

| | | |
|----------------------|-----------|------------|
| ア 障害基礎年金 | イ 障害厚生年金 | ウ 障害共済年金 |
| エ 遺族基礎年金 | オ 遺族厚生年金 | カ 遺族共済年金 |
| キ 特別障害給付金 | ク 障害補償給付 | ケ 特別児童扶養手当 |
| コ 障害児福祉手当 | サ 特別障害者手当 | |
| シ その他（給付名を記入： _____） | | |

2 上記1の収入はない。