



世帯調書の支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方全員が、市民税非課税である場合に記入してください。

## 収入等に係る申立書（市民税非課税）

（宛先） 東大阪市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_

下記の受診者に係る小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、世帯調書の支給認定基準世帯員（以下、支給認定基準世帯員という）について、以下のとおり相違ないことを申し立てます。

受診者氏名： \_\_\_\_\_

該当する欄に○をつけてください。

年金・手当等を受給しているため、証明する書類を全て提出します。

\* 証書又は振込通知書等の写しを添付してください。

年金・手当等を受給していますが、証明する書類を提出しません。  
階層区分が「Ⅲ」（低所得Ⅱ）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80万9千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「Ⅲ」（低所得Ⅱ）となります。

年金・手当等の収入は一切ありません。

※ 年金・手当等とは、支給認定基準世帯員が受給する次の障害年金や特別児童扶養手当等をいいます。

障害年金等・・・障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、障害手当、  
障害一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、  
特別障害給付金、障害補償、障害補償給付、障害給付 等

特別児童扶養手当等・・・特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当

### 【記入上の注意】

- ・支給認定基準世帯員が、市民税非課税である場合のみ記入してください。
- ・受診者が血友病患者の場合は、記入不要です。
- ・年金・手当等の受給の有無については、次の対象者及び対象期間について記入してください。

対象者	受診者が健保・共済など被用者保険	被保険者のみ（ただし、受診者本人が被保険者かつ18歳未満の場合は、保護者のうち収入の高い方）
	受診者が国民健康保険等	受診者と同一の健康保険加入者全員
対象期間	1～6月に申請する場合	前々年の1～12月
	7～12月に申請する場合	前年の1～12月

※ 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。