

# 非課税収入申告書

患者名

(署名)

<b>非課税世帯の申告事項</b>	<b>市町村民税が非課税の場合は、以下のA,Bどちらか該当する方に□をつけてください。 → 【必須】</b>																														
<p><b>患者</b>（患者が18歳未満の場合、保護者のうち一番収入が多い方）の<b>年収が80万9千円を超える</b></p> <p>A□ ため、自己負担上限額の区分は、「低所得Ⅱ」（月額 5,000円）に該当します。 (下欄の収入に関する証明書類を提出できない場合を含む。)</p> <p>※Aに該当する場合は、□を付けて記載終了です。</p> <p>B□ 患者(同上)の<b>年収が80万9千円以下</b>のため、自己負担上限額の区分を「低所得Ⅰ」（月額2,500円）に該当します。年収のうち、非課税収入（厚生労働省令で定めるもの）については、次のとおり申告します。</p> <p>• 収入対象者      <input type="checkbox"/> 患者      <input type="checkbox"/> 保護者 → 氏名 [ ]</p> <p style="margin-left: 20px;">下欄に進み、続けて記載してください。 ※B該当者は、記載必須です。      どちらかに□してください。 保護者の場合は、記名願います。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>年収が80万9千円以下の方（B該当者）は、収入の有無の該当する方に○を付けてください（必須）。 収入が有の場合は、該当する非課税収入全てに○を付け、収入額を記載してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 15%;">収入の 有無 (どちらか を選択) ※必須</th> <th colspan="2" style="width: 60%;">厚生労働省令で定める非課税収入</th> <th rowspan="2" style="width: 25%; text-align: center;">収 入 額</th> </tr> <tr> <th style="width: 30%;">① 障害基礎年金</th> <th style="width: 30%;">② 遺族基礎年金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="19" style="text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 2em;">↓</td> <td style="width: 30%;">③ 寡婦年金</td> <td style="width: 30%;">④ 障害年金</td> <td rowspan="19" style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: middle;">月額  年額</td> </tr> <tr> <td>⑤ 障害厚生年金</td> <td>⑥ 障害手当金</td> </tr> <tr> <td>⑦ 遺族厚生年金</td> <td>⑧ 障害一時金</td> </tr> <tr> <td>⑨ 障害共済年金</td> <td>⑩ 遺族共済年金</td> </tr> <tr> <td>⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑫ 特別障害給付金</td> <td>⑬ 障害補償給付・障害給付</td> </tr> <tr> <td>⑭ 労災・公務災害による障害補償給付等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑮ 特別児童扶養手当</td> <td>⑯ 障害児福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑰ 特別障害者手当</td> <td>⑱ 福祉手当</td> </tr> <tr> <td>⑲ その他（ ）</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>• 申請書提出日が4～6月の場合は前々年の収入額を、7～3月の場合は前年の収入額を記入してください。</p> <p>• 収入が「有」の場合は、上記で○を付けた収入の「対象期間中の収入額」が確認できる年金証書や払込通知書等のコピーを添付してください。</p>				収入の 有無 (どちらか を選択) ※必須	厚生労働省令で定める非課税収入		収 入 額	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金	↓	③ 寡婦年金	④ 障害年金	月額  年額	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 障害補償給付・障害給付	⑭ 労災・公務災害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	⑲ その他（ ）	
収入の 有無 (どちらか を選択) ※必須	厚生労働省令で定める非課税収入		収 入 額																												
	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金																													
↓	③ 寡婦年金	④ 障害年金	月額  年額																												
	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 障害補償給付・障害給付																													
	⑭ 労災・公務災害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																													
	⑲ その他（ ）																														
	<p>◆<b>市町村民税の課税世帯</b>で、年収を証明する書類を提出することが困難な場合は、次の「自己負担区分に係る申し立て」に記名してください。 → 【該当者のみ】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 100%; padding: 5px; background-color: #e0e0e0;"><b>自己負担区分に係る申し立て</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 10px;"> <p>私は、特定医療費（指定難病）の支給認定（特定疾患医療受給者証の交付申請）に当たり、市町村民税額を証明する書類を提出することが困難なことから、自己負担区分が<b>「上位所得」</b>として決定されることに異議ありません。</p> <p>※ 上位所得 → 月額 30,000円 (高額かつ長期に該当する場合は月額20,000円)</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (署名)</p> </td> </tr> </table>				<b>自己負担区分に係る申し立て</b>	<p>私は、特定医療費（指定難病）の支給認定（特定疾患医療受給者証の交付申請）に当たり、市町村民税額を証明する書類を提出することが困難なことから、自己負担区分が<b>「上位所得」</b>として決定されることに異議ありません。</p> <p>※ 上位所得 → 月額 30,000円 (高額かつ長期に該当する場合は月額20,000円)</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (署名)</p>																									
	<b>自己負担区分に係る申し立て</b>																														
	<p>私は、特定医療費（指定難病）の支給認定（特定疾患医療受給者証の交付申請）に当たり、市町村民税額を証明する書類を提出することが困難なことから、自己負担区分が<b>「上位所得」</b>として決定されることに異議ありません。</p> <p>※ 上位所得 → 月額 30,000円 (高額かつ長期に該当する場合は月額20,000円)</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (署名)</p>																														