

◎非課税に該当する方のみ記入

難病の患者に対する医療等に関する法律に係る支給
認定における自己負担限度額の決定に関する承諾書

千 葉 市 長 様

千葉市特定医療費（指定難病）支給認定における申請添付書類において、自己負担上限額（月額）は、市町村民税（非）課税証明書等の所得状況が確認できる書類により、決定されることは了承しておりますが、下記のとおり取扱いを受けることを承諾します。

記

<いずれかにチェック>

- 障害基礎年金その他の厚生労働省令で定める給付の受給状況を示す公的機関発行の資料の提出を省略し、低所得Ⅱ（5,000円）の所得区分として決定を受けること
- 提出した税の証明書に収入状況の記載がないため、低所得Ⅱ（5,000円）の所得区分として決定を受けること

年 月 日

(受 診 者) 住 所

氏 名 印

(自署または記名押印)

(保護者等 ※1) 住 所

氏 名 印

(自署または記名押印)

患者との続柄

【留意事項】

- ※1 保護者等とは、受診者が18歳未満の場合は保護者、又は法定代理人となります。
- ※2 この承諾により階層区分が低所得Ⅱで決定になった後、階層区分が低所得Ⅰであることが分かった場合は、自己負担額の変更申請手続きにより変更手続きが行えます。