この申告書は，⑴，⑵の両方に該当する場合に提出してください。

⑴「令和５年度の市町村民税額がわかる証明書」を提出した方全ての「市町村民税」が非課税

⑵患者（患者が１８歳未満の場合は，保護者）の税収入（公的年金等収入額＋合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）※）の合計が８０万円以下

※ 給与所得がある場合の「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」は，「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」から「１０万円（給与所得の額が１０万円未満の場合は，その額）」を差し引いた額となります。

様式第２１号

非　課　税　収　入　申　告　書

令和　年月　日

宮城県知事　殿

住　所

氏　名

　小児慢性特定疾病の医療費自己負担上限月額の算定にあたり，低所得区分に係る非課税収入は，次のとおり相違ありません。

□　受給者が１８歳以上の場合は，本人の非課税収入

　　□　受給者が１８歳未満の場合は，保護者（申請者）の非課税収入

厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを○で囲んでください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| いずれ  かを○ | ① 障害基礎年金 | ② 遺族基礎年金 | 収  入  額 |  |
| ③ 寡婦年金 | ④ 障害年金 |  |
|  | ⑤ 障害厚生年金 | ⑥ 障害手当金 | 令和４年１月～１２月分 |
| 有 | 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 | 年額 |
| ・ | ⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの | | あ　　　　　　円 |
|  | ⑫ 特別障害給付金 | |  |
| 無 | ⑬ 労災による障害補償給付・障害給付 | |  |
|  | ⑭ 公災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 |  |

・　上記で○を付けた収入の証拠となる公的機関発行書類（写）を添付してください。

**【 注意 】**公的機関発行書類（写）を紛失した場合は，支給元の各機関に御相談ください。

**低所得Ⅱ（階層区分Ｂ２）認定同意欄**

**□所得Ⅱ（Ｂ２）認定同意欄**

**私は，市町村民税の非課税世帯ですが，自己負担限度額を判断するための公的機関発行の証**

**拠書類の全部または一部を提出しませんので，左のチェック欄への記入をもって，自己負担**

**限度額が「低所得Ⅱ（階層区分Ｂ２） 基準額：２，５００円」と認定されることに同意します。**

**公的機関発行の証拠書類の全部または一部を添付しない場合は，必ずチェック欄にチェックを入れてください。**