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８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８２万６千５百円以下

※ 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（受けているものを〇で囲んでください。）

いずれかを〇	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金	収入額	令和7年1月～12月分
	③ 寡婦年金	④ 障害年金		
	⑤ 障害厚生年金	⑥ 障害手当金		
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		
・	⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの			年額
	⑫ 特別障害給付金			＿＿＿＿＿＿＿＿円
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		

・ 上記で〇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

□

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。