

この申告書は下記(1)か(2)に該当する場合のみ提出してください。

(1)	世帯調書の患者と家族全員(※1)が「市町村民税非課税」の場合 <small>※1 患者と保険証と記号・番号が異なる家族を除く ※2 患者(18歳未満の場合は保護者)の[公的年金等収入額]と[合計所得金額]の合計から、[公的年金にかかる雑所得]を差し引いた金額が82万6,501円以上の場合は提出不要です。なお、[合計所得金額]に給与所得が含まれる場合はさらに10万円(10万円以下の場合は全額)を差し引いて計算してください。(計算が難しい場合は申告書の提出をお願いします)</small>
(2)	証明書等省略(個人番号による情報照会)確認書【様式集④】を使用して、 患者本人(18歳未満の場合は保護者)の市町村民税証明書の提出を省略する場合

非課税収入申告書

令和 年 月 日

宮城県知事 殿 (受給者番号) (患者氏名)

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額算定のあたり、低所得区分に係る非課税収入は、以下のとおり相違ありません。

①患者本人(18歳未満の場合は保護者)の、令和7年1月から令和7年12月までの間の、下記(1)～(18)の年金・給付金等の給付の有無(いずれかに☑)

無 有 わからない

②「無」に☑した場合

記入は以上です。申請書と一緒に提出してください。

③「有」に☑した場合

該当する給付金等(1)～(18)に☑して、令和7年中の受給額の合計を記入した上で、公的機関が発行した証明書類(振込通知書など)のコピー等と一緒に提出してください。(振込通知書などを紛失した場合は給付元にご相談願います。)

<input type="checkbox"/> (1) 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> (2) 遺族基礎年金	<input type="checkbox"/> (3) 寡婦年金
<input type="checkbox"/> (4) 障害年金	<input type="checkbox"/> (5) 障害厚生年金	<input type="checkbox"/> (6) 障害手当金
<input type="checkbox"/> (7) 遺族厚生年金	<input type="checkbox"/> (8) 障害一時金	<input type="checkbox"/> (9) 障害共済年金
<input type="checkbox"/> (10) 遺族共済年金	<input type="checkbox"/> (11) 特例年金給付(支給事由:障害)	<input type="checkbox"/> (12) 特別障害給付金
<input type="checkbox"/> (13) 労災による障害補償給付・障害給付	<input type="checkbox"/> (14) 公災による障害補償給付等	<input type="checkbox"/> (15) 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/> (16) 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> (17) 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> (18) 福祉手当
令和7年1月～12月の受給額(合計)		円

※(1)障害基礎年金2級、(2)遺族基礎年金の場合は裏面を確認してください。

③「わからない」に☑した場合(または、証明書類を提出することができない場合)

収入を確認することができないため、自己負担上限月額2,500円(低所得Ⅱ)で認定となります。証明書類の提出省略(自己負担上限月額2,500円(低所得Ⅱ)で認定)を希望する場合は、下記の同意欄に☑して提出してください。

低所得Ⅱ(自己負担上限月額2,500円)の認定同意欄	
<input type="checkbox"/>	私(患者本人または18歳未満の場合は保護者)は、市町村民税非課税ですが、低所得区分に係る非課税収入の有無を確認することまたは証明書類を提出することができないため、患者氏名と左のチェック欄への記入をもって低所得Ⅱ(自己負担上限月額2,500円)で認定されることに同意します。

(裏面)

- この裏面（申出書）は、非課税収入が「障害基礎年金（２級）」または「遺族基礎年金」だけの場合のみ使用できます。
- 下記①～③のすべてに該当する場合は、公的機関が発行した証明書類を省略できます。

障害基礎年金（２級）または遺族基礎年金についての申出書

令和 年 月 日

(受給者番号)

(患者氏名) _____

下記①～③のすべてに該当（☑）するため、この申出書を使用して公的機関が発行した証明書類の添付を省略します。

①令和７年中の非課税収入は以下どちらかの年金のみです（該当する年金に☑）

障害基礎年金２級（子の加算額なし）※年額約82万6,500円（令和７年分）

遺族基礎年金（子の加算額なし）※同上

上記以外の非課税収入がある場合、この申出書は使用できません

②令和７年中の課税収入はありません（市町村民税証明書などを確認の上☑）

課税収入なし（課税収入がある場合、この申出書は使用できません）

③「子の加算額」の対象ではありません（子の年齢などを確認の上☑）

令和７年３月３１日の時点で、満１８歳未満（満１７歳以下）

で、未婚かつ生計を同一にする子はいない（子の加算額の対象となる子がいる場合、この申出書は使用できません）

※必ず「非課税収入申告書」（表面）を記入の上、提出してください。