別記様式第３号（第６条関係）

**小児慢性特定疾病医療費助成**

公的年金等の収入等に係る申出書

次の１から３までのいずれかの□にチェックを入れてください。

□　１　非課税世帯又は課税状況が不明であり、②に掲げる公的年金等の収入等ついて、　全て該当がない。

□　２　次の公的年金等の収入等について、該当がある。

※　該当する事項の□にチェックを入れ、当該事項を証明する書類を添付してください。（申請日が１月から６月までの場合は一昨年、７月から１２月までの場合は昨年の１年間（１月から１２月まで）の金額を証明する書類を添付してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| □　特別障害給付金 | □　労災保険による障害補償に関する給付 |
| □　障害年金 | □　特別児童扶養手当又は障害児福祉手当 |
| □　遺族年金 | □　特別障害者手当 |
| □　寡婦年金 | □　国民年金法等の一部を改正する法律附則第９７条  第１項の規定による福祉手当  （昭和６１年３月３１日現在２０歳以上で、当時の福祉  手当の対象者のうち特別障害者手当又は障害基礎年金  が支給されない方） |

□　３　次の⑴又は⑵に該当し、階層区分が低所得Ⅰ（非課税世帯で保護者の公的年金等の収入等が８０.９万円未満）にならないことを了承する。

⑴　課税者（世帯）である。

⑵　２の公的年金等の収入等に該当があるが、当該事項を証明する書類の添付

を省略する。

文京区長　殿

上記のとおり申し出ます。

年　　　月　　　日

（申請者住所）

（申請者氏名）

この申出書は、自己負担上限額の階層区分を審査する時に利用します。