

申立書兼同意書

年 月 日

堺市長 殿

受診者住所 _____

氏名 _____

申請者住所 _____

氏名 _____

※受診者本人が申請者の場合は、申請者の記載は不要です。
※受診者欄は受診者が、申請者欄は申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。
※申請者は、特定医療費(指定難病)支給認定申請書等に記載した申請者を記載してください。

難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)の規定による特定医療費(指定難病)の支給認定の申請又は届出をするに当たり、次のとおり申し立てます。

■ 市町村民税の額及び収入について

	市町村民税の額を証明する書類を提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「上位所得」となることを了承します。
	年収を証明する書類を(一部)提出しないため、自己負担上限額の階層区分が「低所得Ⅱ」となることを了承します。
	受診者又はその保護者には、提出した書類に記載されている金額のほか、障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等の収入はありません。
	受診者又はその保護者には、提出した書類に記載されている金額のほか、以下の収入があります。 (障害年金 ・ 遺族年金 ・ 特別児童扶養手当 ・ その他 ())

■ 加入する医療保険について

次の者は、医療保険証の写しを提出しないため、以下の医療保険に加入していることを申し立てます。		
氏名	続柄	保険情報(保険者名称等)

■ 転入・再申請の場合

	転入前又は前回の申請時から、加入する医療保険に変更はありません。
	転入前又は前回の申請時から、支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険への加入者)に変更はありません。

■ その他 ※具体的に記入してください。

--	--

注意 該当する項目に○印を記入し、必要事項を記入してください。