第２号様式（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８２．６５万円未満）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。

杉並保健所長　宛

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、自己負担上限月額の階層区分を審査する時に利用します。