

公的年金等の収入等に係る申出書

この申出書は、患者さんの自己負担上限額の階層区分を審査する時に利用します。区市町村民税非課税世帯（以下「非課税世帯」という。）に属する方は、本申出書の提出をお願いします。

また、区市町村民税課税者（世帯）（以下「課税者（世帯）」という。）であっても、マイナンバーによる情報連携により課税証明書等の提出を省略する場合は、申請時に窓口で区市町村民税の課税状況（課税又は非課税）が確認できないため、提出をお願いいたします。

以下の 1～3 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について、全て該当がない。
- 2 非課税世帯又は課税状況が不明であり、次に掲げる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。

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、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 9 7 条第 1 項の規定による福祉手当

- 3 以下のア又はイに該当し、階層区分が低所得（非課税世帯で患者又はその保護者の公的年金等の収入等が 80 万円未満）にならないことを了承する。
ア 課税者（世帯）である。
イ 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。

上記のとおり申し出ます。

東京都知事 殿

年 月 日

（住所）

（氏名）