

特定医療費（指定難病）支給認定における
自己負担上限額の決定に関する承諾書

沖縄県知事 殿

特定医療費（指定難病）支給認定において、自己負担上限額（月額）は市町村民税（非）課税証明書等の所得状況が確認できる書類により、決定されることは了承しておりますが、下記のとおり取扱いを受けることを承諾します。

記

<いずれかチェック>

- 障害者基礎年金その他の厚生労働省令で定める給付の受給状況を示す公的機関発行の資料の提出を省略し、低所得Ⅱ（5,000円）の所得区分として決定を受けること
- 提出した税の証明書に収入状況の記載がないため、低所得Ⅱ（5,000円）の所得区分として決定を受けること

年 月 日

受診者（患者） 住 所

氏 名

保護者等（※1）住 所

氏 名

受診者との続柄

【留意事項】

※1 保護者等の欄は、受診者が18歳未満で保護者または代理人が申請する場合に記入して下さい。

※2 この承諾により所得区分が低所得Ⅱで決定された後、所得区分が低所得Ⅰであることが確認出来る場合は、自己負担上限額かかる変更申請により変更手続きが行えます。