

誓 約 書

保健福祉事務所（センター） 所長 殿

住所 _____

氏名 _____ 印

※自署または押印

私は、今般申請した、小児慢性特定疾病医療費の支給認定について、
※ _____ に関し、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望するので、以下の要件に該当することを（該当しなくなる事実が生じていないことを）誓約します。

※寡婦（夫）控除のみなし適用の要件を満たす者の氏名を記載すること。

前年 12 月 31 日時点及び今般の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の（変更）申請の時点のいずれにおいても、過去に婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない母（父）であり、次の者を扶養又は生計を一にしています。

扶養している者の氏名 _____

生計同一の子の氏名 _____

なお、誓約内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除のみなし適用が取り消され、本誓約に基づき適用された小児慢性特定疾病医療費の負担上限月額減額分の全額を、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けた者が返還することに同意します。

※ 本誓約書を提出した場合であっても、寡婦（夫）控除のみなし適用の要件に該当するかを確認するため、戸籍全部事項証明書等の書類を、負担上限月額の算定に必要な書類として提出が必要です。

※ 生活保護受給者の方、市町村民税世帯非課税者の方、人工呼吸器等装着者として認定される場合に該当する方は、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、負担上限月額が減額されません。

※ その他、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、所得の状況等により負担上限月額が減額されない場合があります。