

年 月 日

誓約書

長野市長 様

住所 _____

申請者 _____

私は、(受診者名) _____ について、前年 12 月 31 日時点及び今般の自立支援医療費（育成医療）支給認定の申請の時点のいずれにおいても、以下の要件に該当することを誓約し、月額自己負担上限額の算定において、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望します。また、寡婦（夫）控除等のみなし適用に関して、長野市が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

女性（以下、該当する欄に☑）

子を有する

婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない

扶養親族又は生計を一にする子（総所得金額等が 38 万円以下）がいる

扶養親族である子を有する

▼ 以下、「特別の寡婦」に相当した控除を受ける要件

前年の合計所得金額が 500 万円以下である

男性（以下、該当する欄に☑）

子を有する

婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない

生計を一にする子（総所得金額等が 38 万円以下）がいる

前年の合計所得金額が 500 万円以下である

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月額自己負担上限額の減額分の全額を返還することに同意します。

※ 新規に寡婦（夫）控除のみなし適用の申請を行う場合は、婚姻歴がないこと、子を有することが確認可能な、対象者及び子の戸籍全部事項証明書などの書類を提出していただく場合があります。

※ 寡婦（夫）控除のみなし適用の更新の場合は、本誓約書の提出のみで差し支えありません。（必要に応じ、その他必要な書類の提出を求める場合があります。）

※ 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、月額自己負担上限額が減額されません。また、それ以外の方においても、月額自己負担上限額が減額されない場合があります。