

自己負担上限額に関する同意書

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

対象患者 氏 名 _____

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書の申請にあたって、自己負担上限額が最高額となる階層区分(「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の市町村民税の所得割の額が 251,000 円以上」) になることに同意します。

受付保健所		自己負担上限額コード		
保健所受付印		/		

注1) この書類を申請書に添付することによって、世帯の所得を証明する書類の提出を省略することができます。