

負担上限月額に係る同意書

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者 区分 受診者本人 保護者 代理人

住所

氏名

受診者(患者) 氏名

【申請者が受診者本人又は保護者の場合】

- 指定難病の特定医療費に係る支給認定の申請にあたって、自己負担上限月額が最高額となる階層区分（下表「上位所得」）になることに同意します。

【申請者が代理人の場合】

- 指定難病の特定医療費に係る支給認定の申請にあたって、自己負担上限月額が最高額となる階層区分（下表「上位所得」）になることに受診者に対し説明し、同意を得ていることを誓約します。

指定難病に係る特定医療費の自己負担上限月額 （単位：円）

階層区分	階層区分の基準		一般	高額かつ 長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0	0	0
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税 (世帯)	本人年収 80万9千円以下	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80万9千円超	5,000	5,000	1,000
一般所得Ⅰ	市町村民税 課税以上 7.1万円未満		10,000	5,000	1,000
一般所得Ⅱ	市町村民税 7.1万円以上 25.1万円未満		20,000	10,000	1,000
上位所得	市町村民税 25.1万円以上		30,000	20,000	1,000
入院時の食費			全額自己負担		

注) 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。

※保健所使用欄

保健所名		確認者		添付書類	有・無
備考					