

年 月 日

誓 約 書

保健所長 様

住所 _____

申請者 _____ 印

※自署または押印

私は、(対象者名) _____ について、前年 12 月 31 日時点及び今般の遷延性意識障害者医療費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、一部負担金の月額限度額の算定において、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望します。

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
- 前年の合計所得金額が 500 万円以下である

▼ 以下、「特別の寡婦」に相当した控除の要件

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遷延性意識障害者医療費の一部負担金の月額限度額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ください。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。）

※市町村民税世帯非課税者の方は、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、月額限度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、月額限度額が減額されない場合があります。