**添付書類の省略に係る調書**

小児慢性特定疾病用

（添付書類を省略される方のみ記載の上ご提出してください）

この調書や支給認定申請書等に記載内容に誤りがあった場合、紙の添付書類（市町村発行の所得（非）課税証明書や生活保護受給証明書）を提出し、注意事項記載内容に同意します。

申請者氏名

受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

**〈省略する添付書類〉**

**□１ 市町村発行の所得（非）課税証明書**

**□２ 生活保護受給証明書**

**〈確認事項〉**

**１ 市町村発行の所得（非）課税証明書を省略できる方**

以下の要件を**すべて**満たす方が省略できます。

（該当する要件の□をチェックしてください）

□　加入医療保険が、「市町村国民健康保険（国保組合を除く）」、「後期高齢者医療」である方、もしくは「被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合、船員保険）で市町村民税が課税」の方

□　DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待の被害者でない方

□　支給認定基準世帯員（住民票上、同一世帯の同一保険の方）のマイナンバーを正しく記載している方

（注）支給認定基準世帯員（住民票上、同一世帯の同一保険の方）の、該当年（※）の1月1日現在の住民票があった市町村が現在と同一でない場合は、下記に支給認定基準世帯員及び該当年1月1日現在の住民票上の住所地、郵便番号を記載してください（県外の場合、都道府県名も記載してください）。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給認定基準世帯員 | 該当年（※）1月1日現在の住民票上の住所、郵便番号 |
| 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日 | 性別 |
|  | S･H 年　 月　 日 | 男・女 | 〒 |
|  | S･H 年　 月　 日 | 男・女 | 〒 |
|  | S･H 年　 月　 日 | 男・女 | 〒 |

※該当年とは、申請する月が1月から６月までの場合は前年、申請する月が７月から12月までの場合は今年のことをいう。

**２ 生活保護受給証明書を省略できる方**

以下の要件を**すべて**満たす方が省略できます。

（該当する要件の□にチェックしてください）

□　日本国籍の方もしくは町村在住の外国籍の方

□　DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待の被害者でない方

□　支給認定基準世帯員（住民票上、同一世帯の生活保護受給者）のマイナンバーを正しく記載している方

**裏面の注意事項を必ずご確認ください。**

**添付書類省略に当たっての注意事項**

・ご提出いただく「支給認定申請書」に記載したマイナンバーや、この「添付書類の省略に係る調書」に記載いただいた内容に誤りがある場合、所得（非）課税証明書や生活保護証明書のデータが取得できないため、紙の添付書類を後日受付窓口にご提出いただくことになります。

・またデータ取得の結果、紙の添付書類を省略できない方であったことが分かった場合も紙の添付書類を受付窓口にご提出いただくことになります。

・申請時に提出された書類は、申請された月の翌月に保健所等から県庁に提出され、その月の中旬以降に所得（非）課税証明書や生活保護証明書のデータ照会を行いますので、データの取得の結果が分かるのは申請された月の翌月下旬以降となります。

・データが取得できなかった場合等、保健所等から申請者の方に申請された翌月下旬以降にご連絡します。その後、紙の添付書類を受付窓口にご提出していただいてから事務処理を行いますので、受給者証の送付が通常の場合に比べて１月以上遅くなりますので記載内容に誤りがないか再度ご確認ください。

・本人を含む支給認定基準世帯員の市町村民税が非課税の場合で、受診者（未成年の場合は保護者）が障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当等を受給している場合は、それらのデータは情報連携の対象となっておらず取得できないため、これまでどおりその金額がわかる公的機関が発行する書類（証書、年金払込み通知書等）が必要です。

