

別紙様式第 15 号

年 月 日

## 誓 約 書

水戸市保健所長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署または押印

私は、今般申請した小児慢性特定疾病医療費の支給認定について、(対象者名) \_\_\_\_\_ に  
関し、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望す  
るので、申請日の属する年の前年の 12 月 31 日時点（4 月～6 月に申請する場合は前々年の 12 月 31 日時点）  
及び今般の特定医療費の申請の時点のいずれにおいても、以下の要件に該当しなくなる事実が生じていない  
ことを誓約します。

女性（該当する欄に☑）

<input type="checkbox"/> 子を有する <input type="checkbox"/> 婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない <input type="checkbox"/> 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 ----- <特別寡婦該当>※該当者のみ <input type="checkbox"/> 扶養親族である子を有する <input type="checkbox"/> 前年の合計所得金額が 500 万円以下である
---

男性（該当する欄に☑）

<input type="checkbox"/> 子を有する <input type="checkbox"/> 婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない <input type="checkbox"/> 生計を一にする子（総所得金額等が 38 万円以下）がいる <input type="checkbox"/> 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  
れた特定医療費の負担上限月額額の減額分の全額を返還することに同意します。

※ 本誓約書を提出した場合であっても、寡婦（夫）控除のみなし適用の要件に該当するかを確認するため、  
戸籍事項全部証明書等の書類を提出してください。

※ 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、負担上限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、自己負担上限額が減額されない場合があります。