

令和 年 月 日

誓約書

奈良県知事 殿

住所

氏名

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、※ に関して、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、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。

※寡婦（夫）控除のみなし適用の要件を満たす者の氏名を記載すること。

前年12月31日時点及び今般の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請の時点のいずれにおいても、過去に婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む）にない母（父）であること

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小児慢性特定疾病医療費の負担上限月額の特減額の全額を、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けた者が返還することに同意します。

- ※ 本誓約書に加え、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、戸籍全部事項証明書及びその他負担上限月額の算定に必要な書類の提出が必要となります。
- ※ 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、負担上限月額が特減されません。
- ※ その他、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、負担上限月額が特減されない場合があります。