

年 月 日

## 誓 約 書

佐 賀 県 知 事 様

住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (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、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減額分の全額を、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。

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  
書を添付してください。

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、負担上限月  
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、負担上限月額が減額されない場  
合があります。