

小児慢性特定疾病医療費に係る支給認定における  
自己負担限度額の決定に関する承諾書

千葉県知事

様

千葉県小児慢性特定疾病医療費支給認定における申請添付書類において、自己負担上限額（月額）は、市町村民税（非）課税証明書等の所得状況が確認できる書類により、決定されることは了承しておりますが、当該書類の提出を省略し、下記のとおり取扱いを受けることを承諾します。

また、この決定により自己の不利益になることが生じた場合でも、自己の責任であるものと承諾します。

記

- ・ 上位所得区分として決定を受けること

年 月 日

(受診者) 住所

氏名

(申請者) 住所

氏名

患者との続柄