

自己負担限度額に関する同意書

令和 年 月 日

岐阜県知事

(〒 _____)

住所 _____

申請者 氏名 _____

電話番号 _____

対象者 氏名 _____

上記対象患者に対する肝炎治療受給者証が交付されるにあたって、医療費の自己負担限度額が最高額となる階層区分（「世帯の市町村民税課税額が 235,000 円以上の場合」）となることに同意します。

※保健所名	
保健所収受印	

注 1 この書類を申請書に添付することによって、「市町村民税課税証明書」の添付を省略することができます。

注 2 ※の欄は記入しないでください。