

年 月 日

誓約書

福島県知事 殿

住所 _____

氏名 _____ (印)

※自署または押印

私は、今般行った、肝炎治療特別促進事業による医療費助成の（認定／更新）の申請について、

※ _____ 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。

寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日の属する年度の初日の属する年の前年の12月31日（前回のみなし適用の申請日）及び今般の寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日のいずれの時点においても、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、子を有する母（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肝炎治療特別促進事業に係る自己負担限度額の減額分の全額を返還することに同意します。

※ はじめて肝炎治療特別促進事業でのみなし適用を受けようとする場合は、戸籍謄本又はこれに類する公的機関が発行した証明書（婚姻歴及び現在の婚姻状況を確認できるもの）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は、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、自己負担限度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、自己負担限度額が減額されない場合があります。