

(様式第12号)

年 月 日

誓約書

鳥取県知事 様

住所

氏名

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又は更新の申請について、下記の者に関し、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。

記

(フリガナ)

寡婦（夫）控除のみなし適用希望者氏名

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。

<添付書類>

・寡婦（夫）控除のみなし適用を希望する本人の戸籍全部事項証明書

※世帯の市町村民税（所得割）の合計額によっては、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ない場合があります。