**世帯の市町村民税課税年額に関する申立書**

【自己負担限度額（月額）**２０，０００円**を希望する方用】

　　　年　　　月　　　日

神奈川県知事　殿

住　所

氏　名

肝炎治療受給者証における今回の交付申請については、世帯の市町村民税（所得割）課税年額の合計は２３５，０００円以上であり、**自己負担限度額（月割）が２０，０００円に決定されること**を了承し、その旨を申し立てます。

|  |
| --- |
| 自　己　負　担　限　度　額　表 |
| 階　層　区　分 | 自己負担限度額（月額） |
| **甲** | **世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合** | **２０，０００円** |
| 乙 | 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合 | １０，０００円 |

※この申立書を提出すると、自己負担限度額（月額）が**２０，０００円**になります。