

年 月 日

誓約書

福井県知事 様

住所 _____

氏名 _____ (印)

※自署または押印

私は、今般申請した、**特定医療費の支給認定**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。

前年12月31日時点及び今般の特定医療費の支給認定の申請の時点のいずれに
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特定医療費の負担上限月額減額分の全額を
返還することに同意します。

- ※ 本誓約書を提出した場合であっても、寡婦（夫）控除のみなし適用の要件に
該当するかを確認するため、必要に応じ、戸籍全部事項証明書等の書類を、
負担上限月額の算定に必要な書類として、その提出を求めることがあります。
- ※ 生活保護受給者の方、市町村民税世帯非課税者の方、人工呼吸器等装着者と
して認定される場合に該当する方は、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施し
ても、負担上限月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、負担上限月額が減額さ
れない場合があります。