

自立支援医療（精神通院）収入状況申告書

この申告書は、同じ医療保険に加入している家族全員の市民税が非課税の場合に、受給者本人（受給者が18歳未満の場合は保護者）のことに御記入し、支給申請書に添付してください。

年1月から12月における受給者本人の年金収入及び手当について
(受給者が18歳未満の場合は、保護者の収入及び手当)

◆年金収入等について

年金等受給の有無	年金等の種別	年間受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 障害年金（ 級） <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される 労働災害による年金 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()	円
<input type="checkbox"/> 受給していない		

◆各種手当等について

手当等受給の有無	手当等の種別	年間受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他の手当 ()	円
<input type="checkbox"/> 受給していない		

上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

申請者 _____ 印

※自筆の場合は捺印不要です。