

自立支援医療収入状況申告書

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町村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）のことについてご記入し、支給申請書に添付してください。

令和2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）

○ 年金収入に関する事項

受給年金について該当するものにレ点を付け、年金受給金額を記入してください。

年金等の種類	年間受給金額
☐ 障害年金（障害基礎年金 障害厚生年金 特別障害給付金制度）	（ ）
☐ 老齢年金	（ ）
☐ 遺族年金	（ ）
☐ 寡婦年金	（ ）
☐ 特別障害給付金	（ ）
☐ 障害を事由に支給される労災による年金	（ ）
☐ その他の年金（	（ ）
☐ 年金は受給していない	（ ）
合計金額 ①	

○ 各種手当てに関する事項

受給手当について該当するものにレ点を付け、年金受給金額を記入してください。

手当の種類	年間受給金額
☐ 特別障害者手当	（ ）
☐ 障害児福祉手当	（ ）
☐ 経過的福祉手当	（ ）
☐ 特別児童扶養手当	（ ）
合計金額 ②	

合計金額 ①+②	
----------	--

上記のとおり申告します。

受診者氏名又は保護者氏名

令和 年 月 日

--

※ 年金等を受給している場合は、「年金振込書の写し」や「通帳の写し」など年金収入を確認できる書類を併せて添付してください。