

# 自立支援医療 収入申告書

出雲市長 様

令和 年 月 日

氏名 (18歳未満の場合は保護者名)	
住所	出雲市
生年月日	S・H・R 年 月 日

自立支援医療の所得区分の認定にあたり、私(受診者もしくは18歳未満の児の保護者)の非課税収入の状況について、次のとおり申告します。

( 年 の1月～12月の収入についてご記入ください。)

ア 下記の年金・手当の収入がありました。

(単位:円)

種別(当てはまるものに○をしてください)	年間受給額
1 障がい基礎・厚生年金1級	
2 障がい基礎・厚生年金2級	
3 障がい基礎・厚生年金3級	
4 遺族年金・恩給	
5 特別障がい給付金	
6 障がいを事由に支給される労災による年金	
7 その他の障がいを事由とする年金	
8 特別児童扶養手当	
9 特別障がい者手当	
10 障がい児福祉手当	
11 経過的福祉手当	
12 障がいを事由に支給されるその他の手当	
計	

※金額の確認のため、年金額改定通知書、年金等振込通知書、通帳の写し等を確認させていただきます。

※別紙の調査同意書を提出される場合は、課税所得の申告は不要です。

イ 年金・手当の収入はありません。

※市役所使用欄 金額の確認を書面等で確認しました( )

【備考】