

自立支援医療収入状況申告書

私は、自立支援医療支給認定にかかる申請をするにあたり、次のとおり前年（自立支援医療を受ける日の属する月が1月～6月である場合はその前々年）の収入を申告します。

年 1月から12月における受診者本人（受診者本人が18歳未満の場合は保護者）の年金収入及び手当について、該当項目をレ点でチェックし、年金等の種類を○で囲み、年間受給金額を記載してください。

年金等やその他の収入はありません。

障害年金を受給しています。

年金等の種類		年間受給金額
障害基礎・厚生年金（ 級）		円
障害共済年金 （ 級）	国家公務員共済組合連合会	円
	地方公務員共済組合・ 全国市町村職員共済組合連合会	
	日本私立学校振興・共済事業団	
特別障害給付金（ 級）		円

遺族年金を受給しています。

年金等の種類	年間受給金額
基礎・厚生 共済（国家公務員共済組合連合会・地方公務員共済組合・ 全国市町村職員共済組合連合会・日本私立学校振興・共済事業団	円

老齢年金を受給しています。

年金等の種類	年間受給金額
基礎・厚生・共済	円

労災年金、各種手当を受給しています。

各種手当等	年間受給金額
特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、 経過的福祉手当、労災等による障害補償給付、 その他の収入（ ）	円

1年間の収入等によって、上限金額を認定することに同意します。

令和 年 月 日

氏名