

自立支援医療(精神通院)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・共済（ 級）	円
特別障害給付金（ 級）	円

共済年金受給先

- 1 国家公務員共済組合連合会 2 地方職員共済組合 3 地方職員共済組合団体共済部
4 全国市町村職員共済組合連合会 5 日本私立学校振興・共済事業団
6 公立学校共済組合 7 警察共済組合 8 東京都職員共済組合

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

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	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

申請者氏名

(提出者氏名:)