

【収入に関する申告書】

※ 自立支援医療における「世帯」とは受診者と同じ医療保険で認定されている範囲です。

1. 受診者が属する「世帯」は生活保護の認定を受けていますか。
 () 受けている → 証明は不要です。
 () 受けていない → 2 へ進む。
2. 受診者が属する「世帯」は市町村民税が課税されていますか。
 () 課税されていない → 3 へ進む
 () 課税されている → 市民税の課税状況が確認できる方については、証明不要です。
 確認できない方については、別途書類の提出を求める場合があります。
3. 受診者（18歳未満の場合はその保護者それぞれ）の収入は何ですか。
 当てはまるものすべてに○、金額も記入してください。
- () 障害年金…………… () 円／年
 () 特別障害者手当…… () 円／年
 () 特別児童扶養手当… () 円／年
 () 障害者福祉金………… () 円／年
 () その他の収入（内容 () () 円／年

備考：上記に記入すべき収入がない場合は、生計をどう立てておられるかを以下に記入してください。

--

例)・現在収入はなく、預貯金で生活している。 など

上記について相違ないことを申告します。

(宛先) たつの市長

受診者氏名 印

※受診者が18歳未満の場合は保護者指名を記入。
※記名押印又は自筆による署名のいずれかにすること。