

自立支援医療にかかる収入状況申告書

山口県知事 様

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)の収入の状況について、下記のとおり申告します。

記

1 年金等収入について

年金等受給の有無	年金等の種別	年間受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労働 災害による年金 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()	円
<input type="checkbox"/> 受給していない		

2 各種手当等について

手当等受給の有無	手当等の種別	年間受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他の手当 ()	円
<input type="checkbox"/> 受給していない		

令和 年 月 日

申請者(届出者)

印