年　　　月　　　日

（宛先）鈴鹿市社会福祉事務所長

収入申告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　申請者住所　鈴鹿市

申請者氏名

（受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　　）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の自立支援医療費支給認定通則実施要綱による低所得１区分に係る私（申請者）の収入は、下記のとおり相違ありません。

１　年金等による収入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無※３ | 障害（　　　　　）年金　≪１・２・３≫級遺族（　　　　　）年金・老齢（　　　　　）年金恩給（一時恩給以外。非課税遺族恩給は除く）その他の年金（　　　　　　　　　　　　　） | 収入額 | 月額　　　　　　　　円年額　　　　　　　　円 |

※１　年金等を受給していることが分かる書類（源泉徴収票、振込通知書等）を提出してください。

２　特別障害者手当等による収入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無※３ | 労災、公務災害による障害補償給付等　　　　　　特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当特別児童扶養手当・その他（　　　　　　　　） | 収入額 | 月額　　　　　　　 円年額　　　　　 　　　円 |

※２　労災、公務災害による障害補償給付等を受給していることが分かる書類を提出してください。

３　その他の所得（所得とは、地方税法に規定する合計所得を指します。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 有・無※３ |  | 内　　　　　　容 | 収入（年額） | 所得（年額） |
| 給与所得 （作業所等の工賃収入含む） |  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |
| その他 |  | 円 | 円 |
|  | 円 | 円 |

※３　（１年金等による収入）、（２特別障害者手当等による収入）、（３その他の所得）は、その有無について○で囲んでください。有を○で囲んだ場合は、その右欄も記入してください。