

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
☐ 受給している	☐ 障害年金 ☐ 老齢年金 ☐ 遺族年金 ☐ 寡婦年金 ☐ 特別障害給付金 ☐ 障害を事由に支給される労働 災害による年金 ☐ その他の年金 ()	円
☐ 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
☐ 受給している	☐ 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 ☐ その他の手当 ()	円
☐ 受給していない		

平成 年 月 日

申請者

印