

小児慢性特定疾病医療費支給収入状況申告書

この申告書は、小児慢性特定疾病児童又は成年患者と同じ医療保険に加入している家族全員(被用者保険の場合は被保険者)の市町村民税が非課税の場合に、申請者のことについて記入してください。

なお、虚偽の申請があった場合は支給認定を取り消すことがありますのでご注意ください。

年1月～12月における申請者の収入及び手当等について

1 給料等による所得金額

合計所得金額	円
--------	---

2 年金収入に関する事項

該当するものにレ点をつけ、年間受給金額を記入してください。

年金等の種類	年間受給金額	証明書等の添付
<input type="checkbox"/> 老齢年金	円	有 無
<input type="checkbox"/> 障害年金(1級 2級 3級)	円	有 無
<input type="checkbox"/> 遺族年金	円	有 無
<input type="checkbox"/> 寡婦年金	円	有 無
<input type="checkbox"/> 特別障害給付費	円	有 無
<input type="checkbox"/> 労災等による障害補償・給付	円	有 無
<input type="checkbox"/> その他	円	有 無
<input type="checkbox"/> 年金は受給していない		/

3 各種手当に関する事項

該当するものにレ点をつけ、年間受給金額を記入してください。

手当の種類	年間受給金額	証明書等の添付
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(1級 2級)	円	有 無
<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	円	有 無
<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	円	有 無
<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	円	有 無
<input type="checkbox"/> 手当は受給していない		/

合計金額	円
------	---

上記のとおり申告します。

年 月 日 申請者氏名
