収　入　申　告　書

［自立支援医療（精神通院）］

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

三重県知事　　 あて　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

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

[※１私（１８歳以上の場合）　・　保護者のうち最も収入が多い者（１８歳未満の場合）]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（受けているものを○で囲んで下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無 | ・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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 収入額 | 月額　　　　　　　　円年額　　　　　　　　円 |

２　特別障害者手当等による収入（受けているものを○で囲んで下さい。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無 | ・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 |

３　その他の所得（地方税法上の合計所得金額を記入）

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

（記入上の注意）

（１） この申告書は、受給者が１８才以上の場合は受給者本人の収入を、１８才未満の場合は保護者のうち最も収入が多い者の収入を記入してください。（どちらの分であるかは※１欄に○で囲んでください。）

（２） （１年金等による収入），（２特別障害者手当等による収入）の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。