

# 障害者自立支援医療に係る世帯状況・収入申告書

愛媛県知事 様

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

次のとおり申告します。

## 1 世帯の状況等について 医療保険上同一「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）

	氏名	住所	生年月日	本人との関係
本人				
家族				

## 2 障害者本人の収入の状況について

### (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

### (2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

種類	収入額
障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等）（②）	円
老齢基礎年金、老齢厚生年金等（② <sup>～</sup> ）	円
特別児童扶養手当等（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）（③）	円

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。