

【自立支援医療費（精神通院）用】

同意書

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請に必要があるときは、小美玉市が私及び私の世帯員の医療保険の加入状況、収入及び課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

小美玉市長 殿

年金等収入状況調査票（非課税世帯用）

・ 公的年金等の有無 （ あり ・ なし ）

①年金等がある場合に記入

種 類	年 額（円）

◎公的年金等の記載について

「市民税非課税世帯」で生活保護を受給していない方は、本人の収入（受診者が18歳未満の場合は保護者の収入）により自己負担上限額が定められます。

収入には、合計所得金額のほか下記の公的年金が対象となりますので、受給されている方は、上記①の枠の中に年金等名称と年額を記載してください。

国民年金、厚生年金、障害基礎年金、遺族基礎年金、寡婦年金、障害年金、障害厚生年金、障害手当金、遺族厚生年金、障害共済年金、障害共済一時金、遺族共済年金、特別障害給付金、労災による障害補償給付・障害給付等、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当福祉手当等