

自立支援医療 課税状況・収入申告書

自立支援医療 受診者氏名	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
-----------------	------	----------------	---	---	---

1 自立支援医療の受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方の市民税課税状況について、該当する箇所に○をつけてください。

() 生活保護を受給している → **3**を記入してください

() 課税されている人がいる → **3**を記入してください

() 課税されている人がいない → **2**の該当箇所及び**3**を記入してください

2 ※7/1 から 12/28 までに本申告書を提出する場合は前年1月から12月まで、1/4 から 6/30 までに提出する場合は前々年1月から12月までの収入を以下に記入してください。

(1) 以下の収入がありました

種類	内容	金額(円)	市チェック欄
公的年金等	障害基礎・厚生	1級・2級	
	遺族基礎・厚生		
	老齢基礎・厚生		
	その他()		
所得	給与所得		
	事業所得 (自営業・農業等)		
	不動産所得		
	その他()		
手当	特別児童扶養手当	1級・2級	
	障害児福祉手当		
	特別障害者手当		
	経過的福祉手当		
合計			

(2) 収入がまったくありませんでした

A 理由	a 失業・廃業	b 病気・怪我	c 高齢	d 専業主婦	
	e その他()				
B 生計の方法	a (続柄) の扶養・仕送り				
	b 預貯金の取り崩し				c その他()

3 上記のとおり申告します。

令和 年 月 日

住所 _____

申告者(自立支援医療申請者) 氏名 _____ ㊟ _____

(あて先) 浜松市長

電話番号 _____

※ 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。