

# 収入申告書(更生医療)

神戸市 福祉事務所長 宛

申告者の住所 神戸市 区 \_\_\_\_\_

申告者の氏名 \_\_\_\_\_

自立支援医療(更生医療)の支給認定申請にあたり、私(申告者)の収入の状況について、下記のとおり申告します。また、負担上限月額認定のために必要があるときは、貴福祉事務所が、情報連携等により、年金事務所等に対し、私の公的年金に関する下記の事項について、公簿を照会・閲覧することに同意します。

1	神戸市以外に住民税の申告をしていますか。		
	チェック欄	項目	
	<input checked="" type="checkbox"/>	申告している	申告先の自治体名 [ _____ ]
	<input checked="" type="checkbox"/>	申告していない	2に回答してください。
2	申告者は、昨年(受診開始月が1月から6月までの場合は一昨年)1年間(1月~12月)に公的年金(注)を受給していましたか。		
	(注)公的年金とは、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、老齢基礎年金、老齢厚生年金等の公的年金のことです。		
	チェック欄	項目	
	<input checked="" type="checkbox"/>	受給していた	3・4に回答してください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	受給していない	4に回答してください。
3	公的年金の種別を選択してください。 「その他の公的年金」を選択した場合は、公的年金の名称も記入してください。		
	チェック欄	公的年金の種別	等級(どれかに○)
	<input checked="" type="checkbox"/>	障害基礎年金	1級・2級
	<input checked="" type="checkbox"/>	障害厚生年金	1級・2級・3級
	<input checked="" type="checkbox"/>	障害共済年金	1級・2級・3級
	<input checked="" type="checkbox"/>	その他の公的年金(老齢基礎・遺族基礎年金等)	名称 [ _____ ]
4	申告者は、昨年(受診開始月が1月から6月までの場合は一昨年)1年間(1月~12月)に特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当並びに福祉手当(経過措置)を受給していましたか。		
	チェック欄	項目	手当の種類(どれかに○)
	<input checked="" type="checkbox"/>	受給した	特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 特別障害者手当 ・ 福祉手当(経過措置)
	<input checked="" type="checkbox"/>	受給していない	受給開始日 年 月 日 ※収入を証明する書類を必ず添付してください。

※注意事項 虚偽の申告を行った場合、支給認定を取り消すことがあります。

<年金事務所等への照会事項>

(1) 公的年金の受有状況 (2) 確認対象期間の年金の種別及び障害等級 (3) 確認対象期間の年金の受給額(年額)

<根拠規定>

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

第12条 市町村等は、自立支援給付に関して必要があると認めるときは、障害者等、障害児の保護者、障害者等の配偶者又は障害者等の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産又は収入の状況につき、官公署に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは障害者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。