

自立支援医療（更生医療）にかかる収入状況申告書

令和 年 月 日

申請者氏名

自立支援医療を申請するにあたり、私の「世帯」の所得等の状況は次のとおりです。

※ 「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者本人、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員、後期高齢者医療の場合は同一世帯で後期高齢者医療に加入している方全員をいいます。

- ① あなたの「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
ア 受けている
イ 受けていない → ②へ

② あなたの「世帯」は、市町村民税が課税されていますか。
ア 課税されていない → ③へ
イ 課税されている → ⑤へ

③ 自立支援医療を受診する方の収入が80万9千円を超えますか。
ア 80万9千円を超える：「低2」に値する
イ 80万9千円以下 → ④へ

④ 障害年金、遺族年金、特別障害者手当、特別児童扶養手当等の受給はありますか。
ア 受給していない：「低1」に値する
イ 受給している：収入の合計額が80万9千円以下なら「低1」に値する
 収入の合計額が80万9千円を超えると「低2」に値する
 種別：障害年金 • 遺族年金 • 特別障害者手当 • 特別児童扶養手当
 その他（ ）
年間受給額 円
(受給状況が把握できる証書、通知書等の写しを添付)

⑤ あなたの「世帯」の市町村民税額（所得割）は、以下のどの金額に該当しますか。
ア 市町村民税額（所得割） 3万3千円未満：「中間1」に値する
イ 市町村民税額（所得割） 23万5千円未満：「中間2」に値する
ウ 市町村民税額（所得割） 23万5千円以上：「一定以上」に値する

⑥ 「重度かつ継続」（腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、高額療養費の多数該当）に該当しますか。
ア 該当する
イ 該当しない

