

(1) 個人番号

(2) 生活保護の受給の有無

(3) 国民健康保険の加入資格の有無、加入している場合には国民健康保険上の世帯の状況

(4) 市町村民税の賦課状況

(5) 特別障害者手当、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、福祉手当（経過措置）の受給状況

なお、障 害 年 金 等 非 課 税 の 収 入については下記のとおりで、添付書類と併せて申告
 します。

下記年金の有無（どちらかに○をしてください。）

ある

ない

収入の金額などを下の表に記入して下さい。

1～6月中の申請・・・前々年中の収入

7～12月中の申請・・・前年中の収入

を記入して下さい。

しゅうにゆう しゅるい 収入の種類	しょう がい ねん きん 障害年金	た いぞくねんきん その他（遺族年金など）
きん かく 金額	えん げつがく ねんがく 円（月額・年額）	えん げつがく ねんがく 円（月額・年額）
てんぷしよるい 添付書類 (いずれかの 提出が必要)	さいていつうちしよ ねんきん しはらいかいしねんげつ ねんきんがく きさい ○裁定通知書（年金の支払開始年月や年金額が記載 されているもの） ねんきん ふ こ つうちよう うつ ○年金が振り込まれている通帳の写し（コピー）	しゅうにゆう じ き きんがく あき ○収入の時期や金額が明らか になる書類等

しんせいしゃ じゅうしょ
(申請者) 住所

し め い
氏名

ほごしゃしめい
保護者氏名

令和

ねん
年

がつ
月

にち
日

いじょう　ないよう　つぎ　もの　しょうだく　え　どういっすりょうほけんかにかいゆうしゃ
 なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。(同一医療保険加入者全員記入)

同一保険加入者の所得をもって、自己負担上限月額を決定していますので、必ず全員の氏名等ご記入ください。

[illegible]

有田川町長 様