

# 収入申告書

年 月 日

伊賀市社会福祉事務所長 あて 住所  
氏名

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の自立支援医療費支給認定通則実施要綱による低所得1区分に係る [※1 私 (18歳以上の場合) ・ 保護者のうち最も収入が多い者 (18歳未満の場合)] の収入は、下記のとおり相違ありません。

## 1 年金等による収入 (受けているものを○で囲んで下さい。)

有 ・ 無	・障害 ( ) 年金 (1・2・3) 級 ・遺族 ( ) 年金 ・老齢 ( ) 年金 ・恩給 (一時恩給以外。非課税遺族恩給は除く。) ・その他 ( )	収入額	月額	円
			年額	円

## 2 特別障害者手当等による収入 (受けているものを○で囲んで下さい。)

有 ・ 無	・労災、公務災害による障害補償給付等 ・特別障害者手当 ・障害児福祉手当 ・経過的福祉手当 ・特別児童扶養手当 ・その他 ( )	収入額	月額	円
			年額	円

## 3 その他の所得 (地方税法上の合計所得金額を記入)

有 ・ 無	内 容	収 入	
		月額	円
有 ・ 無	給与所得 (作業所等 の工賃収入 含む)	月額	円
		月額	円
		月額	円
有 ・ 無	そ の 他		円
			円
			円

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、受給者が18才以上の場合には受給者本人の収入を、18才未満の場合には保護者のうち最も収入が多い者の収入を記入してください。(どちらの分であるかは※1欄に○で囲んでください。)
- (2) (1年金等による収入)、(2特別障害者手当等による収入)の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。