

自立支援医療受給者証の送付先兼年金等受給状況申出書

令和 年 月 日

(受付者氏名)

受診者氏名 _____

申出者氏名 _____ 続柄 () _____

1 問い合わせ先電話番号

() - 本人・その他(氏名) ()

申請内容等について内容確認のため問い合わせをする場合がありますので、日中ご連絡のつく電話番号をお書きください。

2 受給者証の受け取りについて (いずれかにチェックしてください。)

支給認定申請書の受診者の住所に郵送を希望する。

次の住所への郵送を希望する。

〒 _____

市窓口で受け取る。(市からの連絡は上記の問い合わせ先電話番号へ行います。)

3 申請者の年金等の受給状況について、以下の項目についてご記入ください。

なお、受診者が18歳未満のときは、保護者の年金等の受給状況について記載してください。

適用日が、1月～6月の場合は前々年中の受給額を、7月～12月の場合は前年の受給額をご記入ください。

(1) 年金について

年金の受給状況	年金の種別		受給額
ア 受給している	1. 障害基礎年金	1級・2級	円
	2. 障害厚生年金	1級・2級・3級	円
	3. 障害共済年金	1級・2級・3級	円
	4. その他公的年金 ()		円
イ 受給していない			

その他公的年金には、特別障害給付金、障害を事由に支給される労働災害による年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等があります。

適用日が、1月～6月の場合は前々年中の受給額を、7月～12月の場合は前年の受給額をご記入ください。

(2) その他の収入

収入名 (特別障害者手当又は特別児童扶養手当等)	収入額
	円
	円

※ 受給者の世帯に19歳未満(適用日が、1月～6月の場合は前々年12月31日時点、7月～12月の場合は前年12月31日時点)の扶養対象児童がいる場合は裏面もご記入ください。