新規・更新・変更（保険証）の方

《自立支援医療所得区分認定用》

**収入確認シート**

※　自立支援医療における「世帯」とは、受診者と同じ医療保険に加入する世帯員です。

1. 受診者が属する「世帯」は生活保護の認定を受けていますか。

　　　□受けている

　　　□受けていない→２へ進む

1. 受診者が属する「世帯」は市民税が課税されていますか。

□課税されている・・・□税の申告をしている

　　　　　　　　　　　□税の申告をしていない→申告をお願いします。

□課税されていない→３へ進む

1. 受診者（１８歳未満の場合はその保護者）の収入は何ですか。

当てはまるものすべてに○、金額も記入してください。

　　（　　　　）障害年金・・・・・・（　　　　　　　　）円／年

　　（　　　　）特別障害者手当・・・（　　　　　　　　）円／年

　　（　　　　）特別児童扶養手当・・（　　　　　　　　）円／年

　　（　　　　）障害者福祉金・・・・（　　　　　　　　）円／年

　　（　　　　）その他の収入（内容　　　　　）・・（　　　　　　）円／年

* 上記に記入すべき収入がない場合は、生計をどう立てておられるかを以下に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

例）現在収入はなく、預貯金で生活している。など

上記について相違ないことを申告します。

（宛先）赤穂市長　　　　　　　受診者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。