

収入に関する申出書 (非課税世帯用)

自立支援医療（精神通院）の申請にあたって、私の世帯は市町村民税非課税の世帯であり、かつ、私の昨年の収入状況は次のとおりであることを申し出ます。

令和 年 月 日

登別市長 小笠原 春一 様

受診者氏名 (印)

※ 受診者が18歳未満の場合は、保護者の氏名を記載してください。

(記名押印又は自署のいずれかとします。)

1 障害年金等を受給している方

※ 給付を受けているものを○で囲み、その給付に係る年金振込通知書など、前年（1月～6月に申請する場合は前々年）の受給金額がわかる書類のコピーを添付してください。

ア. 障害基礎年金 イ. 障害厚生年金 ウ. 障害共済年金
エ. 遺族基礎年金 オ. 遺族厚生年金 カ. 遺族共済年金
キ. その他（ ）

2 上記の収入の無い方

右記の□に✓をしてください。→上記の収入はありません

9

※ 市町村民税非課税の世帯で、前年の受給者本人の収入が８０万円以下の場合、この申出書をご提出いただくと、自立支援医療（精神通院）の月額負担上限額を低額に設定できる場合があります。

未提出の場合は、低所得Ⅱ（月額負担上限額 5,000 円）に区分されます。