

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る収入申告書

平成 年 月 日

(宛先) 旭川市長

住所 旭川市

氏名 印

受診者との続柄

受診者(氏名:)の保護者の収入について次のとおり申告します。

1 年金等の収入について

年金等受給の有無	年金等の種別	受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 障害年金	月額 円
	<input type="checkbox"/> 遺族年金	年額 円
	<input type="checkbox"/> その他の年金 () ()	
<input type="checkbox"/> 受給していない		

2 各種手当等について

手当等受給の有無	手当等の種別	年間受給額
<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	円
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	
	<input type="checkbox"/> 経過的福祉手当	
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当	
<input type="checkbox"/> 受給していない		

※ 年金(障害年金・遺族年金等)、手当(特別児童扶養手当、障害児福祉手当等)について、振込額の確認できる書類を添付してください。