

【裏面もご覧ください】

※申請日が、1～6月の場合は一昨年の一年間、7～12月の場合は昨年の一年間の収入に基づいてお答えください。

1. 年金収入状況についてご記入ください。

年金受給有無(有 ・ 無) 有の場合、下記記載ください。

年金の種類

☐障害年金 等級 (級)

☐老齢年金

☐遺族年金

年金の金額 ☐年額 ☐2か月に1回 (円)

※老齢年金の場合は、未記入で結構です。

2. 自立支援医療を受診する者(18歳未満は保護者)の地方税法第292条第1項13号に規定する合計所得金額(年金収入も含む)が809,000円を超えますか？

・はい

・いいえ