

# 調査同意書 兼 収入申告書

令和 年 月 日

台東区長 あて

自立支援医療（精神通院）の利用者負担額決定のため、以下の事項を確認することに同意します。

私および世帯員の

- ①住民税の課税状況・収入状況
- ②医療保険の加入状況
- ③生活保護受給状況
- ④中国残留邦人等帰国者支援金受給状況

なお、このことについては、世帯全員の同意を得ています。

申請者（受給者本人） ※ただし受給者が18歳未満のときは保護者

住所 台東区

氏名

## ● 収入申告

【申請者の住民税が、非課税の場合に記入してください。】

令和7年1月～12月 に 受給している収入を記入してください。

収入の種類	年 額	支給額（2ヶ月分）
障害年金 ・1級 ・2級 ・3級 ※年金の等級を丸で囲んでください。	円	円
遺族年金・特別障害給付金	円	円
労災に基づく障害給付金 ※傷病手当は該当しません。	円	
特別障害者手当・特別児童扶養手当	円	
上記に該当する収入なし	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">チェック欄</div>	※なしの方は必ず チェックしてください。