

自己申告書

(宛先) 東大阪市長

申告年月日 年 月 日

申告者 (受診者) 住所 _____

(受診者) 氏名 _____

次のとおり申告します。

1. 障害者本人の収入の状況について

(1) 合計所得金額の状況

| | |
|--------|---|
| 合計所得金額 | 円 |
|--------|---|

(2) 収入等の状況

収入 (年収)

| 種類 | 収入額 |
|---|-----|
| 障害年金等 (<input type="checkbox"/> 障害 (基礎・厚生・共済) 年金 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災による年金等 <input type="checkbox"/> 遺族 (基礎・厚生・共済) 年金 <input type="checkbox"/> 老齢 (基礎・厚生) 年金 <input type="checkbox"/> その他 (_____ 年金) 等) | 円 |
| 特別障害者手当等 (<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 経過的祝福手当) | 円 |

※ 収入を証明する書類 (源泉徴収票・年金証書・特別障害者手当の証書など) を添付してください。

2. 重度かつ継続について

| | |
|--------|---|
| 対象となる者 | <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 医療保険の多数該当者 |
|--------|---|

※ 医療保険の多数該当者については、高額療養費に該当したことがわかる書類 (高額療養費の還付通知など) を添付してください。

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。