

自立支援医療(育成医療)の所得に係る申立書

次に記載される②～⑩を受給されている場合は、該当するものに○印をつけてください。
いずれも受給していない場合は、①に○印をつけてください。

① 次に記載される年金、または手当等は受給していません		
② 障害年金		⑥ 特別障害者手当
③ 遺族年金		⑦ 障害児福祉手当
④ 寡婦年金		⑧ 経過的福祉手当
⑤ 特別障害給付金		⑨ 特別児童扶養手当
⑩ 障がい事由に支給される労災による年金(前払一時金を含む)		

甲斐市長 保坂 武 様

上記について、相違ないことを申し立てます。

なお、受給している場合は、受給額が確認できる書類(振込み通知、額が記載されている通帳等を添付します。

年 月 日

住 所 _____

受診者氏名 _____ ㊟

保護者氏名 _____ ㊟