

年金・手当等収入状況 調査票 (住民税非課税の場合)

公的年金・手当等の有 無 (1又は2のいずれかを○で囲む)

1      あ      り

種      類	年      額 (円)

※ 小児慢性特定疾病医療費助成制度の所得区分の認定において、所得が 80 万円以下の場合、公的年金・手当等の確認が必要になります。

※ 障害基礎年金・老齢年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害給付金・障害を理由として支給される労災年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当等を受給している場合は記入してください。(児童手当・児童扶養手当は対象外です。)

※ 上記の年金・手当等を受給している場合、受給していることを証明できる書類を添付してください。申請日が6月までの場合(前々年中(1月～12月)、7月以降の場合(前年中(1月～12月)に受給した年金証書、手当等の通知書またはその振込通帳。全て写しでかまいません。通帳をコピーされる場合は、通帳名義の記載のあるページと、振込履歴のページをコピーしてください。)

※ ただし、生活保護世帯と市町村民税課税世帯の方は、本調査票に記入する必要はありません。

2      な      し

年      月      日

住   所   鹿児島市

氏   名 (保護者)