

## 世帯・収入状況等申告書（自立支援医療用）

受診者氏名		生年月日	年 月 日
居住地	目黒区 丁目 番 号	電話	
<p>1. 以下の設問の該当項目を○で囲んでください。ただし生活保護を受給している場合は（1）の記入だけで（2）以降の記入は不要です。</p>			
<p>（1）生活保護受給の有無                      ・受給している                      ・受給していない</p>			
<p>（2）医療保険の種類</p> <p>・国民健康保険（組合国保を含む）</p> <p>・その他の医療保険（政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、各種共済組合等）</p>			
<p>2. 受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方の状況を、以下の（1）または（2）に記入してください。</p>			
<p>（1）受診者が国民健康保険に加入している場合に記入してください。</p>			
同一 国保 加入 者の 状 況	氏 名	本人との続柄	住民税課税状況
		本 人	課 税・非課税
			課 税・非課税
<p>（2）受診者がその他の医療保険に加入している場合に記入してください。 （受診者が被保険者の場合は被扶養者欄の記入は不要です。）</p>			
加 入 の 状 況	氏 名	本人との続柄	住民税課税状況
	（被保険者）		課 税・非課税
	（被扶養者）		
<p>3. 2で記入した方全員が非課税（全員「非課税」に○）の場合以下の設問の該当項目を○で囲んでください。 2で記入したなかに住民税課税（「課税」に○）の方がいる場合は記入不要です。</p>			
（1）受給している 公的年金の有無	有・無	障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金 遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金 障害による労災年金等	
（2）受給している 各種手当の有無	有・無	目黒区心身障害者福祉手当 重度心身障害者福祉手当 特別障害者手当	

上記のとおり申告します。

目黒区長あて

年 月 日                      申請者氏名