

収入状況簡易申告書（更生医療）

令和 年度（令和 年中の収入）

申告日 令和 年 月 日

岡山市長 殿

受給者 番号								
受給者	氏名	(署名又は記名押印)						
	住所	電話番号 () —						

私の同じ医療保険世帯員の収入について次のとおり申告します。

※収入の有無について次の番号（１）のいずれかに○をつけてください。
ただし、市民税申告をされた方（される方）は（２）のみご記入ください。

		受給者本人	同保険加入者	同保険加入者
氏名				
(1) 収入の有無		有 ・ 無 有の場合は以下の該当のところに記入してください	有 ・ 無 有の場合は以下の該当のところに記入してください	有 ・ 無 有の場合は以下の該当のところに記入してください
給与所得		円	円	円
年金等		該当の種別（全て）と等級に○をし、合計金額を記入してください↓	該当の種別（全て）と等級に○をしてください↓	該当の種別（全て）と等級に○をしてください↓
	障害年金	基礎 ・ 厚生 ・ 共済 1 ・ 2 ・ 3 級 円	基礎 ・ 厚生 ・ 共済 1 ・ 2 ・ 3 級 円 金額は記入不要	基礎 ・ 厚生 ・ 共済 1 ・ 2 ・ 3 級 円
	老齢年金	基礎 ・ 厚生 ・ 共済 円		基礎 ・ 厚生 ・ 共済 円
	遺族年金	基礎 ・ 厚生 ・ 共済 円		基礎 ・ 厚生 ・ 共済 円
	その他の公的年金等	年金等の名称（ ） 円	年金等の名称（ ） 円	年金等の名称（ ） 円
事業および不動産などによる収入があった方は、番号に○をし、金額を記入してください。		1. 自営・営業（漁業などを含む） 2. 農業 3. 不動産	1. 自営・営業（漁業などを含む） 2. 農業 3. 不動産	1. 自営・営業（漁業などを含む） 2. 農業 3. 不動産
		収入金額① 円	収入金額① 円	収入金額① 円
		必要経費② 円	必要経費② 円	必要経費② 円
		所得金額①-② 円	所得金額①-② 円	所得金額①-② 円
手当	該当の手当に○をし、金額を記入してください	特別障害者手当・障害児福祉手当 経過的福祉手当・特別児童扶養手当 円	特別障害者手当・障害児福祉手当 経過的福祉手当・特別児童扶養手当 円	特別障害者手当・障害児福祉手当 経過的福祉手当・特別児童扶養手当 円
上記以外の所得があった方は、所得の種類と金額を記入してください。		（ ） の所得 円	（ ） の所得 円	（ ） の所得 円
		（ ） の所得 円	（ ） の所得 円	（ ） の所得 円
(2) 所得の申告について		月 日頃に申告 （ 済 ・ 予定 ） ・「済」の場合で、通常の申告時期以降に申告をした場合は、申告書の控えを提出してください。 ・「予定」の場合は、申告後、申告書の控えを提出してください。	月 日頃に申告 （ 済 ・ 予定 ） ・「済」の場合で、通常の申告時期以降に申告をした場合は、申告書の控えを提出してください。 ・「予定」の場合は、申告後、申告書の控えを提出してください。	月 日頃に申告 （ 済 ・ 予定 ） ・「済」の場合で、通常の申告時期以降に申告をした場合は、申告書の控えを提出してください。 ・「予定」の場合は、申告後、申告書の控えを提出してください。

収入所得状況簡易申告について

この申告書は自立支援医療（更生医療）の一部負担金の月額上限額を判定するためにのみ使用します。したがって、他の福祉事業などへの申請手続きの際には、税務担当課への市民税申告（市民税0円の申告）をお願いする場合がありますのでご了承ください。

ここから下の欄には記入しないでください

市町村記入欄				受給者番号										
申告書受付年月日				令和 年 月 日										
所得区分				低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般 ・ 一定以上										