収　入　申　告　書

自立支援医療費（精神通院）支給認定の申請にあたり、私の前年（申請日が１～６月までの場合は前々年）の収入状況は次のとおりであることを申告します。

令和　　 年　　 月　　 日

広島市長　様

申請者　住所

　　　　　　　 　　　　　　　　 氏名

* 受給がある場合は、受給金額が分かる書類の写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 収　入　の　種　類 | |
| ⅰ　ア　障害基礎年金　　　　イ　障害厚生年金　　　ウ　障害共済年金  　　　エ　遺族基礎年金　　　　オ　遺族厚生年金　　　カ　遺族共済年金  　　　キ　その他（　　　　　　　　）　　ク　受給なし  ⅱ　ア　特別障害者手当　　　イ　障害児福祉手当　　ウ　経過的福祉手当  　　　エ　特別児童扶養手当　　オ　受給なし  ※該当するものに○をつけてください。 | |
| 年間収入額 | 円 |

（注１）　収入の状況は申請者について記入してください。

（注２）　この収入申告書は自立支援医療費の自己負担上限月額を決定するために必要となります。

自立支援医療(精神通院)の自己負担上限月額

※1　「重度かつ継続」に該当する場合とは

　　①　・症状性を含む器質性精神障害・精神作用性物質使用による精神及び行動障害

　　　 ・統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害・気分障害・てんかん

　　　 ・その他精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方（くわしいことは、

主治医におたずねください。）

　　②　医療保険の多数該当（直近の１２か月内に３回以上高額医療費の支給を受けている方）

※2　「一定所得以上」で「重度かつ継続」の負担上限額は、令和６年３月３１日までの経過措置（医療実態等を踏まえて見直し）