

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 エ 遺族基礎年金 キ その他（ ）	イ 障害厚生年金 オ 遺族厚生年金 ク 受給なし
ウ	障害共済年金 カ 遺族共済年金	
ii	ア 特別障害者手当 エ 特別児童扶養手当	イ 障害児福祉手当 オ 受給なし
ウ	経過的福祉手当	
※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

区分		階層	自己負担上限額	
			通常	※1 「重度かつ継続」に該当
生活保護世帯		生活保護	自己負担なし	
市民税 非課税世帯	本人の収入が80万円以下の「世帯」	低所得1	2,500円	
	本人の収入が80万円を超える「世帯」	低所得2	5,000円	
市民税 課税世帯	市民税(所得割)が3万3千円未満の「世帯」	中間所得1	医療保険の自己 負担限度額	5,000円
	市民税(所得割)が3万3千円以上23万5千円未満の「世帯」	中間所得2		10,000円
	市民税(所得割)が23万5千円以上の「世帯」	一定所得以上	公費負担の対象外	※2 20,000円

※1 「重度かつ継続」に該当する場合は

- 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)