

様式第2号（第3条関係）

肢体不自由児通所医療費に係る申告書及び障害児通所給付費等の利用者負担上限月額の設定に係る同意書
 松江市長 様

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者） 住所 _____
 氏名 _____

肢体不自由児通所医療給付費の算定にあたり、次のとおり申告します。

また、障害児通所給付費等の利用者負担上限月額の設定等にあたり、私及び世帯員の課税状況、収入状況等について、個人番号を用いて関係公簿を照会し、情報提供を受けることに同意します。

1 申告者の収入について（以下の(1)(2)の部分は、肢体不自由児通所医療費を申請する場合のみ記入してください。）

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入・必要経費の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（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
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

※1 収入のうち証明書等があるものは、必ず添付してください。

※2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

※3 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

2 個人番号を用いて関係公簿を照会し、情報提供を受けることの同意について

保護者の (申請者) (住所) (氏名)	保護者の (申請者以外) (住所) (氏名)
利用者の (住所) (氏名)	

	氏 名	生年月日	利用者との 関 係	個人番号
申請者				※申請書に記載
配偶者				
世帯員				※申請書に記載

※本人も含め、全ての世帯員を記入してください。また、世帯員欄に書ききれない場合は、別紙に上記と同様に記入の上、添付してください。