

自立支援医療を受診するにあたり、私の「世帯」の所得等の状況は以下のとおりです。

(世帯とは、加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は本人と被保険者、国民健康保険と後期高齢者医療の場合は保険に加入している方全員をいいます。)

1 あなたの「世帯」は、生活保護を受けていますか。

はい ・ いいえ

2 あなたの「世帯」は、福岡市に住民票がありますか。

はい ・ いいえ

1) 1月～6月に申請の方は前の年の1月1日、7～12月に申請の方は今年の1月1日に住民票があった市町村をご記入ください。

都・道・府・県

市・町・村

3 あなたの「世帯」は、市町村民税を課税されていますか。

はい ・ いいえ ・ わからない

4 自立支援医療を受診する方（18歳未満の場合、保護者のうち収入が最も多い方）は、「合計所得金額」が809,000円を超えていますか。

合計所得金額とは、地方税法第292条第1項13号に規定する合計所得金額です。

はい ・ いいえ ・ わからない

5 自立支援医療を受診する方（18歳未満の場合、保護者のうち収入が最も多い方）は、年金を受給されていますか。

はい ・ いいえ

(年金内訳)

なし ・ あり	【障害年金】	【年額	円】①
なし ・ あり	【遺族年金】	【年額	円】②
なし ・ あり	【老齢年金】	【年額	円】③
なし ・ あり	【その他（ ）】	【年額	円】④

非課税世帯の方で、①～④の合計額が809,000円以下の場合は年金証書の写しと改定通知又は振込通知の写しをご提出ください（提出がない場合、上限額は「低2」になります。）。

6 自立支援医療を受診する方（18歳未満の場合、保護者のうち収入が最も多い方）は、特別児童扶養手当等を受給されていますか。

なし ・ あり 【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】

【年額 円】