

自立支援医療受給者証の送付先兼年金等受給状況申出書

年 月 日

受診者氏名 _____ 申請者氏名 _____ (受診者との続柄 _____)

① 問い合わせ先電話番号

()	-	(氏名 _____)
-----	---	------------

※ 申請内容等について問い合わせをする場合がありますので、日中にご連絡できる電話番号をお書きください。

② 受給者証の受け取りについて (いずれかにチェック してください。)

支給認定申請書の受診者住所に郵送を希望する。

次の住所への郵送を希望する。

〒	-
---	---

町窓口で受け取る。※町からの連絡は上記の問い合わせ先電話番号へ行います。

③ 精神障害者保健福祉手帳との有効期限合わせについて

希望する

希望しない / 手帳を持っていない

※手帳の期限より自立支援の期限が近い場合のみ可能

④ 生活保護について

受給している

受給していない

⑤ 受診者の年金の受給状況等について、以下の項目にご記入ください。なお、受診者が18歳未満のときは、保護者の年金等の受給状況について記入してください。

(年金の受給額等は、新しく発行される受給者証の期限が1~6月の場合は前々年中の、7~12月の場合は前年中の受給額についてご記入ください。)

(1) 年金について

年金の受給状況	年金の種別		年中の受給額
ア. 受給している	1. 障害基礎年金	1級・2級	円
	2. 障害厚生年金	1級・2級・3級	円
	3. 障害共済年金	1級・2級・3級	円
	4. その他公的年金 ()		
イ. 受給していない			

※その他の公的年金には、特別障害給付金、障害を事由に支給される労働災害による年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等があります。

(2) 特別障害者手当又は特別児童扶養手当等の受給状況

ア. 受給している	手当名 ()
イ. 受給していない	

(3) その他の収入 (あれば記入してください。)

収 入 名	収入額 (年中の収入額)
	円