

公的年金等の収入等に係る申出書

この申出書は、自己負担上限額の階層区分を審査する時に利用します。

以下の1～4のいずれかの口にチェックを入れてください。

- ☐ 1 課税者（世帯）である。
- ☐ 2 非課税世帯または課税状況が不明であり、3に掲げる公的年金等の収入等について、全て該当がない。
- ☐ 3 非課税世帯または課税状況が不明であり、次に掲げる公的年金等の収入等について、該当がある。

※該当する事項の口にチェックを入れ、当該事項を証明する書類を添付してください。（申請日が1月から6月の場合は一昨年、7月から12月の場合は昨年1年間の金額を証明する書類を添付してください。）

- | | |
|----------------------------------|---|
| ☐ 特別障害給付金 | ☐ 労災保険による障害補償に関する給付 |
| ☐ 障害年金 | ☐ 特別児童扶養手当、障害児福祉手当 |
| ☐ 遺族年金 | ☐ 特別障害者手当 |
| ☐ 寡婦年金 | ☐ 国民年金法等の一部を改正する法律附則第97条
第1項の規定による福祉手当
(昭和61年3月31日現在20歳以上で、当時の福祉手当の対象者のうち特別障害者手当、障害基礎年金が支給されない方) |

- ☐ 4 3に該当があるが、当該事項を証明する書類の添付を省略し、階層区分が低所得Ⅰにならないことを了承する。

上記のとおり申し出ます。

世田谷区長 あて

年 月 日

（申請者住所）

（申請者氏名）