様式　3

収　入　申　告　書

神戸市長　宛

申告年月日　　年　　月　　日

申告者（受診者もしくは18歳未満の児の保護者）の住所

神戸市　　区

申告者（受診者もしくは18歳未満の児の保護者）の氏名

私の収入の状況について，下記のとおり申告します。

１．申告者は、昨年（申告年月日が１月から６月までの場合は一昨年）１年間（1月～12月）に公的年金（注）を受給していましたか。（あてはまる番号のいずれかを〇で囲んでください。）

①　受給していた（→２．へ）　　②　受給していなかった

（注）公的年金とは，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，老齢厚生年金等の公的年金のことです。

２．公的年金の種別と年金額（２か月の金額，１年間の金額のいずれか）及び受給開始日を記入してください。（障害等級（１級・２級・３級）がある場合は，いずれかを〇で囲んでください。）

公的年金の種別	２か月の金額	１年間の金額	受給開始日
障害基礎年金（　１級　・　２級　）	円	円	年　月　日
障害厚生年金（　１級　・　２級　・　３級　）	円	円	年　月　日
障害共済年金（　１級　・　２級　・　３級　）	円	円	年　月　日
その他の公的年金（老齢基礎・遺族基礎年金等）（　　）	円	円	年　月　日

３．申告者は，昨年（申告年月が１月から６月までの場合は一昨年）１年間（１月～１２月）に特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当並びに福祉手当（経過措置）を受給していましたか。（あてはまる番号のいずれかを〇で囲んでください。）

①　受給していた（受給している手当の記号を〇で囲み，受給開始日を記入してください。）
→　ア．特別児童扶養手当　イ．障害児福祉手当　ウ．特別障害者手当　エ．福祉手当（経過措置）

（受給開始日：　　年　　月　　日）

②　受給していなかった

※注意事項

１．収入のうち証明書がある場合は，この申告書に必ず添付してください。

２．虚偽の申告を行った場合，支給認定を取り消すことがあります。