

念 書

令和 年 月 日

美郷町長 松 田 知 己 様

本人氏名 _____

保護者氏名 _____

自立支援医療費（育成医療）の支給認定申請書の提出にあたり、次の事項に該当しますので、申請書の取扱いをよろしくお願いいたします。

私に下記の収入はありません。

非課税収入となる年金

障害年金 遺族年金 寡婦年金

非課税収入となる手当

特別児童扶養手当 特別障害者手当