年金・手当等の収入確認票

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□年金・手当等の収入　**有り**

□年金等	
年金の種別	□障害基礎年金　□遺族基礎年金　□寡婦年金　□障害年金 □障害厚生年金　□障害手当金　□遺族厚生年金 □その他（　　）
年金額	□年額　＿＿＿＿＿＿＿＿円 □一回あたりの振込額　＿＿＿＿＿＿＿＿円
年金実施機関 □日本年金機構 □国家公務員共済組合連合会 □地方公務員共済組合 □地方公務員共済組合団体共済部 □公立学校共済組合	□警察共済組合 □東京都職員共済組合 □全国市町村職員共済組合連合会 □日本私立学校振興・共済事業団 □その他（　　）

□手当等	
手当の種別	□特別児童扶養手当　□障害児福祉手当 □特別障害者手当　□福祉手当

□年金・手当等の収入　**無し**

保険世帯全員が非課税で受給者証を持っている本人が
年金等を受給している場合にのみ提出

申請者氏名を記入し、年金・手当等の収入の有無について該当するものにチェックをしてください。

年金・手当等の収入が有る方は、この用紙に年金証書や決定通知書等の金額が確認できるものを添付してください。