

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員記号番号		公立福岡							
組合員	氏 名			所属 機関	名 称				
	生年月日	年 月 日			所在地				
減 額 対象者	氏 名			組合員との続柄					
	生年月日	年 月 日		性 別		男 ・ 女			
	住 所								
長期入院		該当 ・ 非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地						
②	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地						
③	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地						
④	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで		日間				
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地						
の 所 得 の 状 況	年 中 の 所 得	氏名	公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、 老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等)		円				
			給与(パート収入等を含む)		円				
		年金・給与以外の所得(所得) 〈収入 - 必要経費〉		円					
	状 況	氏名	公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、 老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等)		円				
			給与(パート収入等を含む)		円				
		年金・給与以外の所得(所得) 〈収入 - 必要経費〉		円					

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合福岡支部長 殿

令和 年 月 日

〒

住 所

申請者

氏 名

- 1 この申請書には、組合員に係る市町村民税非課税証明書又は保健福祉環境事務所長の「標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書若しくは保護開始決定通知書又はその写しに民生委員又は保健福祉環境事務所長が原本証明したものを添付してください。
- 2 長期入院該当の場合は、入院期間、入院をした保険医療機関等を記入してください。