

限度額適用・標準負担額減額認定申請書
 (市町村民税非課税者用)

組合員等 記号番号		公立北海道				枝番(〇〇)	
組合員氏名			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日
減額 対象者	氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 令和 ☐ 平成	年	月	日
	続柄		住所				
申請月以前12月の入院期間	①	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間	
		医療機関等名	所在地				
	②	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間	
		医療機関等名	所在地				
	③	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間	
		医療機関等名	所在地				
	④	入院期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			日間	
		医療機関等名	所在地				
	長期入院(申請月以前の12月以内の入院日数が90日超)に ☐ 該当 ☐ 非該当					合計 日間	
	令和() 年中の所得の状況	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) (収入ー必要経費)				円			
氏名		公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)				円	
		給与(パート収入等を含む)				円	
		年金・給与以外の所得(所得) (収入ー必要経費)				円	
氏名		公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)				円	
		給与(パート収入等を含む)				円	
		年金・給与以外の所得(所得) (収入ー必要経費)				円	
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合北海道支部長 様 令和 年 月 日 〒 - TEL () - 住 所 組合員 氏 名 印							
支部受付印	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 - TEL () - 所 在 地 所属所 名 称 長の職・氏名 印						

添付書類

この申請書は、市町村民税非課税証明書を添付して提出してください。

また、長期入院(申請月以前12月以内の入院日数が90日を超える)に該当する方は、申請月以前12月以内の入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書の写し等)を併せて添付してください。

注意事項

この様式は市町村民税非課税者用です。それ以外の方は、別紙様式第24号「限度額適用認定証交付申請書」を提出してください。