

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)

組合員証 記号番号	公立北海道		枝番(〇〇)	
組合員氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
減額 対象者	氏名			生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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-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-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-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 円 - TEL () - 住所 組合員 氏名 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 円 - 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(新規・変更)申請書」を提出してください。