

組合員証記号番号		公立東京	番号							0	0	
組合員	氏名					所属機関	名称					
	生年月日	年	月	日			所在地					
減対象額者	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				令和	年	月	日から	日間			
					令和	年	月	日まで				
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				令和	年	月	日から	日間			
					令和	年	月	日まで				
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				令和	年	月	日から	日間			
					令和	年	月	日まで				
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				令和	年	月	日から	日間			
					令和	年	月	日まで				
入院をした保険医療機関等		名称										
		所在地										
令和 年中の所得の 状況	氏名	公的年金（年金払い退職給付、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						
	氏名	公的年金（年金払い退職給付、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						
	氏名	公的年金（年金払い退職給付、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。												
公立学校共済組合東京支部長 殿												
令和 年 月 日												
住所												
申請者												
氏名												
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。										事務取扱者氏名		
令和 年 月 日												
所属所名												
所属所長職氏名												
(公印省略)												
電話番号 ()												

提出先 : 公立学校共済組合東京支部給付貸付課資格担当

(令和4年1月)

<記入例>

標準負担額

減額認定申請書

[用紙No. 限度額2]

限度額適用・標準負担額

(枝番)

(組合員の市町村民税が非課税
低所得者)である
場合
に
課税
申
請
で
き
ま
す。

組合員証記号番号		公立東京	番号							0	0
組合員	氏名	東京 太郎			所属機関	名称	新宿区立西新宿小学校				
	生年月日	昭和50年 1月 1日				所在地	新宿区西新宿〇-△-△				
減対象額者	氏名	東京光子			組合員との続柄	妻					
	生年月日	昭和53年 5月 5日			性別	男・(女)					
	住所	東京都新宿区西新宿〇-〇									
長期入院		該当 ・ 非該当									
①	申請日の前1年間の入院期間	令和 3年 8月 5日から		令和 3年 9月 14日まで		41 日間					
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇病院			所在地	東京都世田谷区〇-〇				
②	申請日の前1年間の入院期間	令和 3年 10月 4日から		令和 3年 12月 16日まで		74 日間					
	入院をした保険医療機関等	名称	〇〇総合医療センター			所在地	東京都文京区〇-〇-△				
③	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日から		令和 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	令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		日間					
	入院をした保険医療機関等	名称				所在地					
令和 年 中の所得の 状況	氏名	公的年金(年金払い退職給付、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)		円							
	<収入-必要経費>		円								
	氏名	公的年金(年金払い退職給付、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)		円							
	<収入-必要経費>		円								
	氏名	公的年金(年金払い退職給付、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)		円									
<収入-必要経費>		円									
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合東京支部長 殿 令和 4年 12月 19日 住所 東京都新宿区西新宿〇-〇 申請者 東京 太郎 氏名 東京 太郎											
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 4年 12月 20日 所属所名 新宿区立西新宿小学校 所属所長職氏名 校長 山本 三郎 電話番号 03 (5320) △△△△										事務取扱者氏名 共済 太郎	

長期入院
(91日以上)に
該当する場合
に記入して
ください。

組合員が70歳以上
で、組合員と全て
の被扶養者が低所
得者Iに該当する
場合のみ記入し
てください。