

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		公立岡山		
組合員	氏名	所属機関	名称	
	生年月日		所在地	
減額対象者	氏名	組合員との続柄		
	生年月日			
	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 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		
②	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		
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		
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、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（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	
	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。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名			所属所受付印	支部受付印

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または福祉事務所長の「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又はその写しに民生委員又は福祉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。 ③

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		公立岡山 A〇〇〇〇〇			
組合員	氏名	岡山 太郎	所属機関	名称	△△市立〇〇学校
	生年月日	昭和〇年〇月〇日		所在地	△△市〇〇町〇-〇
減額対象者	氏名	岡山 鶴子	組合員との続柄	母	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日			
	住所	〇〇市〇-〇			
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 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			
②	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			
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			
令和〇年中の所得の状況	氏名 岡山 太郎	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）	0 円		
		給与（パート収入等を含む）	0 円		
		年金・給与以外の所得（所得） ＜収入－必要経費＞	0 円		
	氏名 岡山 鶴子	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）	0 円		
		給与（パート収入等を含む）	0 円		
		年金・給与以外の所得（所得） ＜収入－必要経費＞	0 円		
	氏名	療養を受ける月の属する年度分の市町村民税を算定する所得を記載する。			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。			所属所受付印	支部受付印	
公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 〇 年 〇 月 〇 日 住 所 岡山市北区内山下2-4-6 申請者 氏 名 岡山 太郎					

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または福祉事務所長の「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又はその写しに民生委員又は福祉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。 ③