

標準負担額 減額認定申請書  
 限度額適用・標準負担額

組合員証記号番号		公立和歌山 1 2 3 4 5 6			
組合員	氏名	福利 太郎	所属機関	△△小学校	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	所在地	和歌山市××	
減額対象者	氏名	福利 豊	組合員との続柄	父	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	性別	男・女	
	住所	和歌山市△△			
長期入院		該当・非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間	平成〇年〇月〇日から 平成〇年〇月〇日まで	〇	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
②	申請日の前1年間の入院期間	から 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	平成 年 月 日から 平成 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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地			
平成〇年 中の所得 の状況	氏名 福利 豊	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）	×××××		
		年金・給与以外の所得（所得） （収入－必要経費）	×××××		
	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）			
		年金・給与以外の所得（所得） （収入－必要経費）			
	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）			
		年金・給与以外の所得（所得） （収入－必要経費）			
上記のとおり申請します。		添付書類： 1 市町村の発行する市町村民税が課されていないことの証明書 2 入院期間を証明できる書類			
公立学校共済組合和歌山支部長 殿					
平成 〇〇年〇〇月〇〇日		住所 和歌山市△△			
		申請者 氏名 福利 太郎			