

老人保健基準収入額適用申請書

(ふりがな) 氏名		健康手帳の 医療受給者証 の受給者番号					
生年月日		性別	男	女			
明・大・昭	年 月 日生	電話番号					
住所							
〒							

氏名				
平成 (注1) 年中の収入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円
	合計	円	円	円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる70歳以上の高齢者の方(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む)それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等)は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得(課税)証明書等を添付してください。
なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。
〔(注2)公簿等により確認できる場合は「ただし、1月1日において当平田村に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類不要」等の旨を併せて記載〕

平田村長様

上記のとおり、関係書類を添えて老人医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

平成 年 月 日

申請者

氏名

印

(注1)及び(注2)については、市町村において、この申請書を作成する際の状況に応じて記載すること。