

## 限度額適用・標準負担額減額認定申請書の添付書類(前期高齢者用)

(ふりがな)		被保険者証の	
組合員氏名		記号番号	
生年月日	年 月 日生	電話番号	( )
住所	〒		

被保険者氏名				
生年月日		年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
平成 年中 の 所得	公的年金 (高齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 事業収入等 ( )収入	円	円	円
	合計	円	円	円

(注)

- 上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。  
低所得Ⅰの区分は、税理士国保に加入している方全員が市町村民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額65万円）を引いたとき各所得がいずれも0円になる場合に対象となります。
- 税理士国保に加入している方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けて記入してください。
- 所得は全て記入してください。ただし、退職金及び租税公課の対象とならない所得（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（受付印のあるもの）等の所得が確認できる書類を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類の発行されていない所得については添付不要です。

※税理士国保に加入している方全員が市町村民税非課税でかつ、前年度の各収入から各控除後の所得金額が0円のみの方が提出してください。(所得金額がある方は該当しません。様式第15号のみ提出してください。)