| 決裁 | 事務局次長 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 | 交付年月日 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

# 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

| 記号 | 番号 | フリガナ | | 所属所名（市町名） |
|---|---|---|---|---|
| | | 組合員氏名 | | |

| 減額対象者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | S・H・R　年　月　日 |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 該当事由 | 1. 組合員が市町村民税非課税者であるため<br>2. 1に該当、かつ組合員が70歳以上で、所得が一定基準（※）に満たないため<br>3. 1に該当、かつ老齢福祉年金受給者であるため |

長期入院該当者（申請前12月間の入院期間が90日を超える者）は下記に記入してください。

| | |
|---|---|
| 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 |
| 入院した医療機関 | 名称<br>所在地 |
| 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 |
| 入院した医療機関 | 名称<br>所在地 |

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

三重県市町村職員共済組合理事長　様　　組合員住所

組合員氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

職名

所属所長

氏名

①申請書は減額対象者ごとに1枚提出してください。なお、長期入院該当者は入院期間が確認できる書類も添付してください。

②組合員に係る「市町村民税非課税証明書」又は地方税関係情報の取得に要する「同意書」、若しくは福祉事務所長が発行する健康保険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（写）」を添付してください。

※一定基準…組合員と被扶養者全員について、収入から控除額を引いた後の所得が0円（年金収入の場合は、80万円までは所得0円。遺族年金や障害年金は所得に含めません。）