

別記様式第7号（第17条関係）

国民健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

被保険者 適用を受ける ようとする	(ふりがな) 氏名			保険証の 記号番号	浦幌	
	生年月日	年	月	日生	性別	男 女
	個人番号					
氏名						
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	円	
	給与 (パート収入等含む)	円	円	円	円	
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円	円	
	合計	円	円	円	円	
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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歳以上で後期高齢者医療制度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、災害弔慰金など）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。 1月1日現在において当町に住所がある方で公簿等により確認できる公的年金所得の場合については、添付書類は不要です。 						
<p>浦幌町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて高齢受給者の負担区分判定に係る収入額を申請します。</p> <p>年 月 日</p>						
申請者 (世帯主)		住 所				
		氏 名				
		個人番号				