

支給認定 基準世帯員 ※受診者と同じ医療保険に 加入する者	①氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 () 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	②氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 () 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	③氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 () 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	④氏名：	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 () 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
<p>※1・・・障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児手当・ 経過的福祉 手当・特別児童扶養手当を受給されている方は、 年金・手当の種類及び年収額を記入ください。 受給していない方は、収入額欄に0円と記入ください。</p> <p>※2・・・市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、 必ず市町村民税の申告をお願いします。</p> <p>※3・・・①国民健康保険組合の保険証を使用する場合、②健康保険組合・ 共済組合・全国健康保険協会の保険証を使用する場合で被保険者が 非課税の場合は、市県民税の課税証明書が必要な場合があります。</p>			
証明書を提出しない者	自己負担区分「上位所得」となることを了承し、課税年額等の証明書を提出しません。 申請者氏名		