

公的年金等の収入等に係る申出書

この申出書は、自己負担上限額の計算に

以下の1～4のいずれかの□に

☐ 1 課税者（世帯）である

☐ 2 非課税世帯または課税
いて、全て該当がない。

☐ 3 非課税世帯または課税状況が不明であり、次に掲げる公的年金等の収入等につ
いて、該当がある。

※該当する事項の□にチェックを入れ、当該事項を証明する書類を添付してくださ
い。（申請日が1月から6月の場合は一昨年、7月から12月の場合は昨年1年間の金額を証明する
書類を添付してください。）

3に✓する場合は、証明書類が必要です。

☐ 特別障害給付金

☐ 障害年金

☐ 遺族年金

☐ 寡婦年金

☐ 労災保険による障害補償に関する給付

☐ 特別児童扶養手当、障害児福祉手当

☐ 特別障害者手当

☐ 国民年金法等の一部を改正する法律附則第97条
第1項の規定による福祉手当

（昭和61年3月31日現在20歳以上で、当時の福祉手当の対象
者のうち特別障害者手当、障害基礎年金が支給されない方）

☐ 4 3に該当があるが、当該事項を証明する書類の添付を省略し、階層区分が低所
得Iにならないことを了承する。

上記のとおり申し出ます。

世田谷区長 あて

申請書に記載した申請者の住所・氏名を記入してください。
なお、受診者が18歳以上の場合は、受診者本人の住所・氏
名になります。

年 月 日

（申請者住所）

（申請者氏名）