

公的年金等の収入等に係る申出書

この申出書は、自己負担上限額の範囲内

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

受診者が加入している健康保険の被保険者の公的年金等の収入等について申し出をしてください。

ただし、非課税世帯で受診者が18歳以上の方、かつ、受診者名で「2」に該当する公的年金等を受給されている方は、受診者本人の公的年金等の証明書類が必要です。

ご不明な点などがありましたら、申請窓口・問い合わせ先にお問い合わせください。

- 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。

<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	<input type="checkbox"/> 労災保険による障害補償に関する給付
<input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当、障害児福祉手当
<input type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当
<input type="checkbox"/> 寡婦年金	<input type="checkbox"/> 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 <small>（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）</small>

- 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。

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。

世田谷区長 あて

年 月 日

（申請者住所）

（申請者氏名）