

福祉医療低所得認定申請書

適用区分（高齢期移行者医療・障害者医療・高齢障害者医療・母子家庭等医療・**乳幼児医療**）

(ふりがな)	かとう はじめ	かとう さくら	かとう すずむ	
①受給者氏名	加東 一	加東 桜	加東 進	
②生年月日	平成25年6月10日	平成29年8月18日	令和3年3月20日	年 月 日生
③性別	男・女	男・女	男・女	男・女
④電話番号	090-1234-5678			
⑤住所	〒673-1431 加東市社50番地			

収入及び所得の状況				
氏名		加東 太郎	加東 花子	
令和 年中 の 収入 及び 所得	①公的年金収入 (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
	②給与所得 (パート所得等含)			
	③その他の所得 () 所得 ※収入から必要経費を 除した金額			
	合計	円	円	円

高齢期移行者医療・・・世帯全員の名前を記入。
 重度障害者医療・・・ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
 高齢重度障害者医療・・・ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
乳幼児等医療・・・保護者の方（両親）の名前を記入。
 母子家庭等医療・・・母（父）または扶養義務者の方の名前を記入。

(注)

- ・ 上記については、高齢期移行者の低所得Ⅰ、または重度障害者・高齢重度障害者・母子家庭等・乳幼児等の低所得の適用を受けることを希望する場合について記入してください。
- ・ 低所得の区分は、ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）が市町村民税非課税であって、年金収入とそれ以外の所得の合計が80万円以下となる場合（高齢期移行者医療は年金収入80万円以下でほかに所得がない場合）に対象となります。
- ・ ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）について、それぞれの収入及び所得額を公的年金収入・給与所得・その他の所得に分けてご記入下さい。
- ・ 所得はすべてご記入下さい。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（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、特別児童扶養手当、災害弔慰金など）は除きます。
- ・ 公的年金等源泉徴収票、給与所得源泉徴収票、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書類を添付して下さい。なお、所得額を確認できる書類が無く、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。
 ただし、1月1日において加東市に住所がある方で、公的年金収入、給与所得のみの場合については添付書類不要です。

加東市長様

提出日をご記入ください。

上記のとおり、 書類を添えて福祉医療の低所得申請を行います

申請者の氏名をご記入ください。

令和 年 月 日

申請者氏名 加東 太郎

福祉医療低所得認定申請書

適用区分 **（高齢期移行者医療）** 障害者医療・高齢障害者医療・母子家庭等医療・乳幼児医療

(ふりがな)	かとう たろう			
①受給者氏名	加東 太郎			
②生年月日	昭和31年8月10日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
③性別	男・女	男・女	男・女	男・女
④電話番号	090-1234-5678			
⑤住所	〒673-1431 加東市社50番地			

収入及び所得の状況				
氏名	加東 太郎	加東 花子		
令和 年中 の 収入 及 び 所得	①公的年金収入 (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
	②給与所得 (パート所得等含)			
	③その他の所得 () 所得 ※収入から必要経費を 除した金額			
	合計	円	円	円

高齢期移行者医療…世帯全員の名前を記入。
重度障害者医療…ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
高齢重度障害者医療…ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
乳幼児等医療…保護者の方（両親）の名前を記入。
母子家庭等医療…母（父）または扶養義務者の方の名前を記入。

(注)

- ・ 上記については、高齢期移行者の低所得Ⅰ、または重度障害者・高齢重度障害者・母子家庭等・乳幼児等の低所得の適用を受けることを希望する場合について記入してください。
- ・ 低所得の区分は、ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）が市町村民税非課税であって、年金収入とそれ以外の所得の合計が80万円以下となる場合（高齢期移行者医療は年金収入80万円以下でほかに所得がない場合）に対象となります。
- ・ ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）について、それぞれの収入及び所得額を公的年金収入・給与所得・その他の所得に分けてご記入下さい。
- ・ 所得はすべてご記入下さい。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（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、特別児童扶養手当、災害弔慰金など）は除きます。
- ・ 公的年金等源泉徴収票、給与所得源泉徴収票、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書類を添付して下さい。なお、所得額を確認できる書類が無く、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。
 ただし、1月1日において加東市に住所がある方で、公的年金収入、給与所得のみの場合については添付書類不要です。

加東市長様

上記のとおり、関係書類添えて福祉医療の低所得申請を行います。

令和 年 月 日

申請者氏名 **加東 太郎**

提出日をご記入ください。

申請者の氏名をご記入ください。

福祉医療低所得認定申請書

適用区分（高齢期移行者医療・障害者医療・高齢障害者医療 **母子家庭等医療**・乳幼児医療）

(ふりがな)	かとう はなこ	かとう さくら	かとう すすむ	
①受給者氏名	加東 花子	加東 桜	加東 進	
②生年月日	平成3年6月10日	平成27年8月18日	令和元年5月1日	年 月 日生
③性別	男・ 女	男・ 女	男 ・女	男・女
④電話番号	090-1234-5678			
⑤住所	〒673-1431 加東市社50番地			

収入及び所得の状況				
氏名	加東 花子			
令和 年中 の 収入 及び 所得	①公的年金収入 (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
	②給与所得 (パート所得等含)			
	③その他の所得 () 所得 ※収入から必要経費を 除した金額			
	合計	円	円	円

高齢期移行者医療・・・世帯全員の名前を記入。
 重度障害者医療・・・ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
 高齢重度障害者医療・・・ご本人、配偶者、扶養義務者の方の名前を記入。
 乳幼児等医療・・・保護者の方（両親）の名前を記入。
母子家庭等医療・・・母（父）または扶養義務者の方の名前を記入。

- (注)
- ・ 上記については、高齢期移行者の低所得Ⅰ、または重度障害者・高齢重度障害者・母子家庭等・乳幼児等の低所得の適用を受けることを希望する場合について記入してください。
 - ・ 低所得の区分は、ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）が市町村民税非課税であって、年金収入とそれ以外の所得の合計が80万円以下となる場合（高齢期移行者医療は年金収入80万円以下でほかに所得がない場合）に対象となります。
 - ・ ご本人及びその方と同一生計関係にある方全員（高齢期移行者医療は同一世帯の方全員）について、それぞれの収入及び所得額を公的年金収入・給与所得・その他の所得に分けてご記入下さい。
 - ・ 所得はすべてご記入下さい。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（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、特別児童扶養手当、災害弔慰金など）は除きます。
 - ・ 公的年金等源泉徴収票、給与所得源泉徴収票、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書類を添付して下さい。なお、所得額を確認できる書類が無く、かつ、所得額を証明する書類が発行されていない所得については添付不要です。
 ただし、1月1日において加東市に住所がある方で、公的年金収入、給与所得のみの場合については添付書類不要です。

加東市長様

提出日をご記入ください。

上記のとおり、関係書類を添えて福祉医療の
 令和 年 月 日

申請者の氏名をご記入ください。

申請者氏名 加東 花子