

(ふりがな) 世帯主氏名	.....	被保険者証の 記号番号	
生年月日	年 月 日生	電話番号	( )
住 所			
〒			

被保険者氏名		.....	.....	.....
生年月日		年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
年中の収入 (注1)	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
	給 与 (パート収入等含む)	円	円	円
	年金・給与 以外の収入 ( )収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯におられる70歳以上の被保険者の方(65歳以上で老人医療の障害認定を受けている被保険者の方も含まれます。)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御記入ください。
- 収入額は、すべて御記入ください。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、災害弔慰金等)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を確認できる所得(課税)証明書等の収入額を確認できる書類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、収入額を証明できる書類の発行されていない収入については添付不要です。(注2)

(注1) 保険者において、判定に必要とされる収入額の暦年を記入する。

(注2) 保険者が、収入額を公簿等により確認できる場合は、「ただし、1月1日において当町に住所がある方の公的年金収入の場合については添付不要です。」等の旨を記載する。