

限度額適用
国民健康保険 **標準負担額減額** **認定申請書**
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号	み柴 A	申請日	年 月 日
申請者(世帯主)	住所 柴田町		
	氏名	電話番号	()
	個人番号		
代理人(世帯主以外)	住所		
	氏名	電話番号	()
限度額適用 減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号	行政区 区	
	世帯主との続柄	長期入院	該当・非該当
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
	入院した保険医療機関等	名称	
所在地			

町長が 証明す る欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に____年度の町民税が課されないことを証明する。</p> <p>_____ , _____ , _____ , _____ , _____ , _____ ,</p> <p style="text-align: right;">柴田町長 滝口 茂 印</p>
------------------	---

※備考 「町長が証明する欄」は、当該事実を公簿等によって確認できる場合は省略できる。

【審査】

国保税滞納確認	確認印	適用区分	交付	備考	
有 ・ 無	確認印	70歳未満	前期高齢	窓口・郵便・病院	宛名番号 _____
		ア・イ・ウ・エ・オ	I	その他	
		食事減	II		