

限 度 額 適 用
国民健康保険 食事療養費標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

年 月 日

逗子市長

住 所 逗子市

申請者 氏 名
 (世帯主) 個人番号
 電話番号 ()

次のとおり申請します。

対象者の氏名		男 女	被保険者証 記 号 番 号	09-	
生年月日	年 月 日		個人番号		
長期入院	該当 ・ 非該当	区分	一般 ・ 退職	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無
1	申請日の前1年間の入院期間（日数）		年 月 日 年 月 日 日間		
	入院を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 年 月 日 日間		
	入院を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 年 月 日 日間		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
			所在地		

市 処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿（ ） ニ 却下	認定等年月日	年 月 日	
			区 分		
			収納確認		
		食事差額支給	有 ・ 無	証の交付	済 ・ 認定のみ

次のとおり決定してよろしいか。

課長	係長	係	決定区分	<input type="checkbox"/> 認定する	起 案	
				<input type="checkbox"/> 認定しない	決 裁	
					交 付	窓口 ・ 郵送