

様式第 1 1 (第 1 2 条関係)

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書 限度額適用・標準負担額減額		受付 令和 年 月 日		受付者
被保険者証記号・番号		島 9 0 -		
世帯主 (被保険者)	住所	飯舘村		
	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号			
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号		世帯主との続柄	
長期入院	該当・非該当	発行年月日	令和 年 月 日	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	入院を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)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	入院をした保険医療機関等		名称	
		所在地		
市区町村長が 証明する欄	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 年度の市(区)町村民税が課されていないことを証明する。 _____ 令和 年 月 日 市区町村長名 印			

※備考 当該認定を受けようとする者は、当該認定申請者に係る減額認定世帯員に係る村民税非課税証明書を添付しなければならない。

ただし、「市区町村長が証明する欄」に証明を受けた場合、又は当該事実を公簿等により確認することが出来るときは、これを省略できる。

処理 課長	令和 年 月 日 係長	係	資格確認	決裁 令和 年 月 日
				備考
証書	発行(却下)年月日	令和 年 月 日		
処理	有効期限年月日	令和 年 月 日		