

（宛先） 滑川町長

国民健康保険 限度額適用標準負担額減額 認定申請書

届出者名		認定対象者との関係	
届出者住所		連絡先	

記号・番号			年 月 日 申請	
世帯主	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
		住 所		
認定対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
		世帯主との続柄		年 齢
長期入院	過去1年間に合計して90日以上入院期間が … 有る ・ 無い			

①	申請日の前1年間の入院期間(日数) 又は入院予定日	年 月 日から入院中・入院予定		
	入院をした保険医療機関等 又は入院予定の保険医療機関	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 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)	年 月 日から 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)	年 月 日から 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	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)町村税が課されないことを証明する。 世帯主 _____ 世帯内の被保険者 _____、 _____、 _____、 _____
証明する欄	市区町村長名 

【備考】 上記「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認できる時は、省略できる。