

様式第15（第10条の3、第16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

被保険者証記号番号		島65 —			
世帯主 (申請者)	住所				
	氏名	生年月日	年	月	日 男・女
	個人番号	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	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）	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）	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 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）町村税が課されないことを証明する。 _____ _____ 年 月 日 市区町村名 印				

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

上記のとおり申請します。

矢吹町長 殿

令和 年 月 日

支給決定伺い	上記のとおり申請を認めてもよろしいでしょうか			令和 年 月 日	
	課長	副課長	係長	係員	担当
決裁	年 月 日				
市町村処理欄	発行（却下）年月日	令和 年 月 日			
	有効期限年月日	令和 年 月 日			