

**限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額**
認定申請書

被保険者記号・番号		29 -					
世帯主	住 所						
	氏 名		生年月日				
限度額適用減額 対象者	氏 名		個人番号				
	世帯主との続柄		生年月日				
長 期 入 院	該 当 ・ 非 該 当	交通事故等の第三者行為			有 ・ 無		
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計(日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称				
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称				
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称				
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称				
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		年 年	月 月	日 日	から まで	日間
	入院をした保険医療機関等		名 称				

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名
(申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

府中市長
高野 律雄 殿

処理欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書		受付番号(第 交付番号(第 年月日 令和 年 月 日) 号)認定等 号)
		ロ 保護申請却下通知書		
		ハ 公簿 () ニ 却下 (理由) ()		
差額支給 有 ・ 無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)		
所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低I ・ 低II ・ 現I ・ 現II		

本人確認書類:マイナ・免許証・その他() 発送処理:郵送(/)