

第8号様式（第10条関係）

限度額適用
 国民健康保険 食事療養標準負担額減額 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		03— —						申請日		年 月 日		
減額対象者	氏名							生年月日		年 月 日		
	個人番号									世帯主との続柄		
世帯主	住所											
		電話番号 ()										
	氏名							生年月日		年 月 日		
	個人番号											

ここから下は、住民税非課税世帯の場合のみ御記入ください。

長期入院（過去12か月以内の90日を超える入院をいう。）	該当 ・ 非該当
------------------------------	----------

ここから下は、長期入院該当の場合のみ御記入ください。

		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 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					

※区処理欄

来所の方	<input type="checkbox"/> 世帯主	確認	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 番号カード	個人番号	<input type="checkbox"/> 番号（通知）カード	受付
	<input type="checkbox"/> 対象者		<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード		<input type="checkbox"/> 住民票等	
	<input type="checkbox"/> 同一世帯（続柄 ）		<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 在留カード		<input type="checkbox"/> 区確認（同意有）	
	<input type="checkbox"/> 代理人（続柄 氏名 ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> その他（ ）	

確認欄	適用区分 (ア・イ・ウ・エ・オ) (現役並みⅡ・現役並みⅠ) (低所得Ⅱ・低所得Ⅰ)
	証交付方法 (窓口交付・郵送)

決裁	課長	係長	係員