

第19号様式（第17条関係）

限 度 額 適 用
 国民健康保険 標準負担額減額認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		—	個人番号	
限度額 適用 減額 対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	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)		年 月 日 日間 年 月 日 日間	
	入院をした医療機関等	名 称		
		所 在 地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 日間 年 月 日 日間	
	入院をした医療機関等	名 称		
		所 在 地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 日間 年 月 日 日間	
	入院をした医療機関等	名 称		
		所 在 地		
<p>上記のとおり関係書類を添えて限度額適用・標準負担額の減額を申請します。 なお、認定に必要なときは、私の世帯の課税状況を確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>蒲郡市長 様</p> <p style="text-align: center;">世帯主・申請者 住 所 氏 名 個 人 番 号 電 話</p>				
処理欄※	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並Ⅰ・現役並Ⅱ		

※処理欄には記入不要