

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

被保険者証記号番号		—	負担区分	一般・退・扶	交付番号
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			
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。 年 月 日 蒲郡市長 様 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 世帯主・申請者 住 所 氏 名 個人番号 電 話 — </div>					
処理欄	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ			
同意書	限度額適用・標準負担額の減額認定に必要があるときは、私の世帯の課税状況を確認することに同意します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 世帯主氏名				