

一般	退本	退扶	被保険者証記号番号	十日町一						
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	S・H	年	月	日	男・女	
	世帯主との続柄			前期高齢者	該当	・	非該当	長期入院	該当	・

※ 長期入院該当者のみ記入してください。 申請前1年間の入院日数合計 ( ) 日間)

申請前1年間の入院期間		入院日数	入院をした医療機関の名称及び所在地	
①	平成 年 月 日から		名称	
	平成 年 月 日まで		所在地	
②	平成 年 月 日から		名称	
	平成 年 月 日まで		所在地	
③	平成 年 月 日から		名称	
	平成 年 月 日まで		所在地	

十日町市長 様 平成 年 月 日

上記の通り関係書類を添えて認定の申請をします。

申請者(世帯主) : 〒 -

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

※ 世帯員以外の方はご記入ください。

来庁者 : 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 ( ) 対象者との続柄 ( )

※ 認定証の送付を希望する方はご記入ください。【病院・施設、法定代理人、対象者の親族以外には郵送できません!】

送付先 : 〒 -

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

市 処 理 欄	限度額適用認定	ア・イ (上位)	ウ・エ (一般)	オ (低所得)	標準負担額減額認定	却下	
	前高減額認定	I・II (低所得)		交付方法	窓口・郵送		
	認定方法	A.公簿等 (画面・簡申)		発効日	H 年 月 日	受付印	
		B.保護申請却下通知書		交付日	H 年 月 日		
C.その他 ( )		受付者					