

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名			生年月日	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	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 月 日 から 年 月 日 まで		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 から 年 月 日 まで		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 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

**【A】**

世帯主情報を記入

**【B】**

対象者の情報を記入

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。

住 所	年 月 日
世帯主名 (申請者)	個人番号
電話番号	世帯主及び対象者の個人番号を取得することに 同意する 氏名

**【C】**

届出(郵送)日、申請者情報を記入

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号(第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号(第 号)
		ハ 公簿 ( )	認定等年月日
	ニ 却下 (理由)	令和 年 月 日	
	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	

**【E】**

対象者の個人番号  
(マイナンバー)が  
不明の時、申請者が  
署名

**【 郵送申請する際の必要書類 】**

- 1) 申請書 … 【A】～【D】(または【E】)までを御記入ください。
- 2) 本人確認書類(写し) … 申請者及び対象者の本人確認書類(写し)を御添付ください。

～ 御注意ください ～

郵送申請は市に届いてから、内容確認の上、世帯主様宛に送付します。

郵送の関係上、到着までに日数をいただきますので御了承ください。