様式第２１（第１６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　限度額適用  □　食事療養・生活療養標準負担額減額　　　　　　　　　認定申請書  □　限度額適用・食事療養・生活療養標準負担額減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額適用  減額対象者 | 氏名 | |  | | | | | | 生年月日  　　　　年　　　月　　日生 | | | | | | | 男・女 | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |
| 記号番号 | 島４２－ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長期入院 | 該当　・　非該当 | | | | | | 第三者行為の有無 | | | | | 無　・　有（　　　　　） | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。 | | | | 入院日数合計（　　　　日間） |
|  | 申請日の前1年間の入院日数 | 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 |  | |
|  | 申請日の前1年間の入院日数 | 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 |  | |
|  | 申請日の前1年間の入院日数 | 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 |  | |
|  | 申請日の前1年間の入院日数 | 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 |  | |
|  | 申請日の前1年間の入院日数 | 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 |  | |
| 上記のとおり認定を申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   電話番号  　　北塩原村長 | | | | |