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）
①	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	
②	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	
③	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	
④	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	
⑤	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