

様式第 2 1 （第 1 6 条関係）

☐ 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・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 4 2 ー												
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