伺　年　月　日		令和　　年　　月　　日	
起　案　者			
	課長	係長	係

国民健康保険税の未納はないので、申請にもとづき限度額認定証を交付してよろしいでしょうか。

限　度　額　適　用
国民健康保険　標　準　負　担　額　減　額　認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

御代田町長　　様

令和　　年　　月　　日

申請者（世帯主）

住　所

氏　名

個人番号

電　話

窓口に来た方

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏　名

世帯主との続柄

下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。
なお、世帯主及び世帯員のうち国保加入者全員の課税の状況について、調査することに同意します。

被保険者証の記号番号	みよた		1．一般　2．退職本人　3．退職家族		
限度額適用減額対象者	氏　名		男・女	世帯主との続柄	
	生年月日	年　月　日			
	個人番号				
長期入院（90 日以上）	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	

	確認事項	担当者
確認欄	運免証・ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ・ 在留ｶｰﾄﾞ・個人番号ｶｰﾄﾞ・ その他（　　）	