

限度額適用・標準負担額減額認定申請書						
受給者番号						
受給者	氏名				生年月日	男・女
					年 月 日	
居住地	平田村大字 字 番地					
被保険者番号						
保険者の名称及び所在地						
長期入院	該当・非該当					

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			

上記のとおり関係書類を添えて老人医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

住所
申請者(居住地)
氏名

印

平田村長 様

伺	適法と認められるので老人保健法第28条第8項の規定により認定してもよろしいか伺います。					
	平成 年 月 日					
決裁	村長	助役	課長	グループ長	係	課員
決裁年月日	平成 年 月 日					