

第17号様式(第17条関係)

国民健康保険標準負担額減額 国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書					
被保険者証記号番号		島69 -		世帯主名	
減額対象者	氏名			世帯主(組合員)との続柄	
	生年月日	年 月 日生		性別	男・女
長期入院		該当・非該当			
低所得区分		低所得・低所得			
申請日の前一年間の入院期間(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			
申請日の前一年間の入院期間(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			
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 平田村大字 _____ 字 _____ 番地</p> <p style="text-align: right;">世帯主 氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">(電話 _____ - _____)</p> <p>平田村長 様</p>					
市町村長が証明する欄		<p>下記に掲げる該当認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に _____ 年度の市町村民税が課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">平田村長名 _____ 印</p>			

伺 適法と認められますので、処理して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
	平成 年 月 日					