

被保険者記号・番号		000000			
世帯主	住所	青森県十和田市西十二番町6番1号			
	氏名	国保 太郎	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
限度額適用 減額対象者	氏名	国保 花子	個人番号	0000 0000 0000	
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
長期入院	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		年間	
		年 月 日 まで			
②	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
③	申請	年 月 日 から		年間	
		年 月 日 まで			
④	入院	名称			
		所在地			
⑤	申請	年 月 日 から		年間	
		年 月 日 まで			
⑥	入院	名称			
		所在地			
⑦	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から		年間	
		年 月 日 まで			
⑧	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			

【長期入院の「該当」】
市民税非課税世帯のかた
(適用区分が「オ」または
「低所得」のかた)で、
過去12カ月で90日を超える
入院をしていた場合には、
「該当」となります。
入院した時の食事代をさらに
下げることができます。
入院・支払いをしていること
が分かるもの(領収書など)
をご提示いただきます。

上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。

〒034-8615

令和〇年 〇月 〇日

住所 青森県十和田市西十二番町6番1号

世帯主名 (申請者) 国保 太郎 (花子)

個人番号 0000 0000 0000

電話番号 0176-51-6750

十和田市長 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)