

治療を受ける被保険者の氏名等を記入ください。
個人番号の記入がない場合は、当課で確認します。

用
額
減額

認定申請書

被保険者番号	豊 国	0000000									
限度額適用 減額対象者	氏 名	豊中 太郎									
	生年月日	平成 31(西暦でも可)	年	1	月	1	日生	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	
	個人番号										
長期*入院 (*申請日前1年間に通算90日以上)		1 該当(下記入院状況欄ご記入ください) ・ <input checked="" type="radio"/> 2 非該当									

*長期入院に該当される方のみ

ご記入ください

申請日前1年間の入院状況

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

医療機関名：

入院期間 年 月 日～ 年 月 日 (日間)

**この欄は、長期入院に該当される方のみ
ご記入ください。**

上記のとおり申請します。なお、世帯主および世帯構成員の所得および課税の状況について、調査することに同意します。

(あて先) 豊中市長

年 月 日

住所 豊中市 中桜塚 3-1-1

世帯主の方の氏名等を
記入ください

6858-2295

世帯主名 豊中 太郎

この申請に関する 連絡先	住所	電話
	氏名	続柄*

*減額対象者から見た続柄を記入ください

市 記 載 欄		受付者	受付印
下記のとおり確認したので認定してよろしいか			
決定年月日		年	月 日
市民税課税・非課税確認方法	1 市税台帳 2 公簿 3 保護申請却下申請書		
発効期日・有効期限※	年	月 日	年 月 日
長期該当期日・有効期限	年	月 日	年 月 日
年齢 歳	適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ(短期・長期※) 現役Ⅰ・現役Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ(短期・長期※)	

※70歳到達者・退職者医療 65歳到達者は誕生日の月末(1日生まれは前月末)、75歳到達者は誕生日の前日まで
※長期入院の日数は、オと低Ⅱの期間中のみカウント可能

●保険料の滞納があるときは認定できないことがあります。