

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
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
	個人番号	
長期*入院 (*申請日前1年間に通算91日以上)	1 該当(下記入院状況欄ご記入ください) ・ 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

06-6858-2295

世帯主名 豊中 太郎

この申請に関する 連絡先	住所	電話番号
	氏名	続柄*

*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Ⅱ・現役Ⅰ・Ⅱ (短期・長期※)・Ⅰ	

※70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。