

課長	課長補佐	係長	係

限度額適用  
 国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書  
 限度額適用・標準負担額減額

届出者名		減額対象者との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者証記号・番号	志布志	新規・更新	
世帯主 (組合員)	住所		
	氏名	④ 生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号		
減額対象者	氏名	生年月日	年 月 日 男・女
	個人番号		
	世帯主(組合員)との続柄		
長期入院	該当・非該当	第三者行為によるものか	はい・いいえ

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	入院をした保健医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	入院をした保健医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで		日間
	入院をした保健医療機関等	名称		
		所在地		

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該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(区)町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 税務担当課公簿確認 志布志市長 印
-------------	---

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。