様式第15号

|  |
| --- |
| 老人保健標準負担額差額支給申請書 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 　 | 男・女 |
| 年　　月　　日 |
| 居住地 | 　 |
| 被保険者番号 | 　 |
| 保険者の名称及び所在地 | 　 |
| 既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。 | 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 適用年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 長期該当年月日 | 　　　　年　　月　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入院をした保健医療機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 入院日数 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | 　　　日間 |
| 入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額) | 円 |
| 限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 |
| イ　長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日の入院であったためロ　その他 |

　上記のとおり関係書類を添えて老人保健の標準負担額差額の支給を申請します。

　　　　　　年　　月　　日

住所

申請者(居住地)

氏名

　　小野町長　　　　　　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市区町村処理欄 | 差額支給 | イ　(260－210)円×(　　)食＝(　　　)円ロ　(210－160)円×(　　)食＝(　　　)円ハ　(260－160)円×(　　)食＝(　　　)円ニ　(260－100)円×(　　)食＝(　　　)円ホ　却下(理由：　　　　　　　　　　　　) | 受理番号(第　　号)台帳番号(第　　号)合計(　　　　　)円支給等年月日年　　月　　日 |