様式第5号の3

第　　号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 受給者 | 氏名 |  | | | | 生年月日  年　　月　　日 | | | | 男・女 |
| 居住地 |  | | | | | | | | |
| 被保険者証  番号 | |  | | | | | | | | |
| 保険者の名称及び所在地 | |  | | | | | | | | |
| 長期入院 | | 該当・非該当 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。 | | | | 入院日数合計(　日間) |
| ① | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| ② | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| ③ | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| ④ | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| ⑤ | 申請日の前1年間の入院日数 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日(　日間) | | |
| 入院をした保険医療機関等 | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 上記のとおり関係書類を添えて老人医療の限度額適用・標準負担額の減額を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  住所  申請者(居住地)  氏名  　　小野町長　　　　　　殿 | | | | |