様式第5号の3（第6条関係）

|  |
| --- |
| 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 |  | 男・女 |
| 年　　月　　日生 |
| 居住地 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 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ください。 | 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　　　　　　　印椎葉村長　　　　　殿 |

様式第5号の3の裏面

限度額適用・標準負担額減額認定申請書、高額医療費支給申請書の添付書類

|  |
| --- |
| 所得の状況 |
| 氏名 |  |  |  |
| 　　　　年中の収入 | 公的年金（老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等）給与（パート収入等含）年金・給与以外の収入（　　　　　　　）収入＜収入―必要経費＞ | 　　　　　円　　　　　円　　　　　円 | 　　　　　円　　　　　円　　　　　円 | 　　　　　円　　　　　円　　　　　円 |
| （注）・上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入して下さい。低所得Ⅰの区分は、ご本人及び同じ世帯の方全員が市町村民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額65万円）を引いたとき各所得がいずれも0円となる場合に対象となります。・ご本人及び同じ世帯の方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けてご記入下さい。・所得はすべてご記入下さい。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない所得（障害者又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付して下さい。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。 |