様式第５号の３（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　㊞  八頭町長　　　　様 | | | | |