

標準負担額減額認定申請書

| | | | | | | |
|---------------|---|----------|---------|--------|------------|----|
| 組合員証記号番号 | | - | 所 属 所 | 名 称 | | |
| 組 合 員 | 氏 名 | Ⓜ | 所 属 所 | 所 在 地 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 減額対象者 | 氏 名 | | 組合員との続柄 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 組合員(減額該当者)の住所 | | | | | | |
| 長期入院 | 該 当 ・ 非 該 当 | | | | | |
| | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 |
| | 入院をした保健医療機関等 | 名 称 | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | |
| | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 |
| | 入院をした保健医療機関等 | 名 称 | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | |
| | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 日まで | 日間 |
| | 入院をした保健医療機関等 | 名 称 | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | |
| | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 平成 平成 | 年 年 | 月 月 | 日から 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 | <p style="text-align: center;">当該組合員には、 年度の市(区)町村民税が 課されないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">市区町村長名 Ⓜ</p> | | | | | |