



伺	起 案 年 月 日		年 月 日		
	下記のとおり交付してよろしいかお伺いします。				
決 定	課 長	主 幹	係 長	決 定 年 月 日	起 案 者
				年 月 日	㊟

## 国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号		伊				
世 帯 主	住 所	京都府与謝郡伊根町字 番地				
	氏 名	㊟	生年月日	年 月 日	男・女	
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄					
長期入院	該当・非該当					
①	申請日の前1年前の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
入院した保険医療機関等	名 称					
	所在地					
②	申請日の前1年前の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
入院した保険医療機関等	名 称					
	所在地					
③	申請日の前1年前の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
入院した保険医療機関等	名 称					
	所在地					
④	申請日の前1年前の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
入院した保険医療機関等	名 称					
	所在地					
⑤	申請日の前1年前の入院期間（日数）	平成	年	月	日から	日間
		平成	年	月	日まで	
入院した保険医療機関等	名 称					
	所在地					

平成 年 月 日

市町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯及びその世帯に属する被保険者に平成__年度の市町村民税が課税されていないことを証明する。			
	_____、_____、_____、 _____、_____、_____、			
	伊根町長			

次の欄には記入しないで下さい。

交付年月日	平成 年 月 日	発行期日	平成 年 月 日	処 理 欄
有効期限	平成 年 月 日	長期入院該当	平成 年 月 日	