第17号様式（第17条関係）

限度額適用

国民健康保険　　標準負担額減額　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号番号		島69　　—		
世帯主	住所	平田村大字　　字　　番地		
	氏名	㊞		男　・　女
	個人番号		生年月日	年　月　日
限度額適用減額対象者	氏名			男　・　女
	個人番号		生年月日	年　月　日
	長期入院	該当・非該当	世帯主との続柄	

①	申請の前1年間の入院期間(日数)	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請の前1年間の入院期間(日数)	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請の前1年間の入院期間(日数)	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請の前1年間の入院期間(日数)	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請の前1年間の入院期間(日数)	年　月　日から 年　月　日まで　日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

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の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に＿＿年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 ＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、＿＿＿＿＿＿、 市区町村長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

備考　「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

伺	適法と認めますので、処理してよろしいか伺います。　　年　月　日				
決裁	課長	課長補佐	係長	担当	課員