

決 裁		
課 長	係 長	担 当

令和	年	月	日	支給決定
支給決定金額			円	

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証の記号番号				区 分				長期入院			
				一 般		<input type="checkbox"/> 低 II <input type="checkbox"/> 才 <input type="checkbox"/> 低 I		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当			
減額対象者		氏 名		生年月日		大正・昭和 平成・令和		年 月 日			
		個人番号		世帯主との続柄							
減額認定証発行期日				年 月 日		長期該当年月日		年 月 日			
医療機関等		名 称		所在地							
入 院 日 数		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						日間			
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）								円			
食事回数		回		自己負担額							
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由											
上記のとおり関係書類を添えて標準負担額差額の支給を申請します。											
令和 年 月 日				世帯主 個人番号							
				住 所							
横 手 市 長 様				氏 名							
				連 絡 先							
振 込 先 融 機 関											
銀行 金庫 農協						本店 支店 支所		種 別		<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座	
口 座 番 号				フリガナ							
				口座名義人							
受 取 代 理 人 の 欄								受 付 印			
本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。											
令和 年 月 日 世帯主氏名											
受取代理人				住 所							
				氏 名							
処理欄											
イ (490-230)円 × ___ 回 = ___ 円 ハ (490-110)円 × ___ 回 = ___ 円 ロ (490-180)円 × ___ 回 = ___ 円 ニ (230-180)円 × ___ 回 = ___ 円											
来庁者 確 認		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員()			<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード* <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他()					確認者	