

書き方見本

限度額適用  
標準負担額減額  
限度額適用・標準負担額減額  
認定申請書

被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7					
世帯主	住所	瀬戸市追分町64番地の1					
	氏名	瀬戸 太郎			生年月日	令和3年1月1日	
限度額適用 減額対象者	氏名	瀬戸 花子			個人番号	1234 5678 9	
	世帯主との続柄	妻			生年月日	令和3年1月2日	
長期入院	該当	非該当	交通事故等の第三者行為		有	無	
ここから下は、長期入院該当者の場合のみ記入してください。					入院日数合計( )		
申請日の前1年間の入院日数				年	月	日	から
				年	月	日	まで

**被保険者番号・住所・世帯主氏名・生年月日・  
対象者氏名・個人番号(マイナンバー)  
・世帯主との続柄・生年月日をご記入ください。**

**日付・住所・世帯主氏名(申請者)・個人番号  
(マイナンバー)・電話番号をご記入ください。**

上記のとおり記入し、添付書類を添えて認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

世帯主氏名(申請者) \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

瀬戸市長  
川本 雅之 殿

処理欄	受付	世帯課非	基準総所得	円	前月納期分迄完納済	<input type="checkbox"/>
		課・非	70歳以上収入 世帯最高額	円	限度額認定証交付履歴 減額認定証交付履歴	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>