

被保険者記号・番号					
世帯主	住 所				
	氏 名			生年月日	
限度額適用 減額対象者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	
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、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計(日間)	
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称		
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)		年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等		名 称		

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名

(申請者) _____

個人番号 _____

電話番号 _____

豊田市長 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿() ニ 却下(理由)			受付番号(第) 交付番号(第) 認定等年月日 令和 年 月 日
		差額支給 有 ・ 無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第)		
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II			