

被保険者記号・番号		123-4567			
世帯主	住 所	豊田市西町3丁目60番地			
	氏 名	豊田 太郎	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
限度額適用 減額対象者	氏 名	豊田 太郎	個人番号	123456789012	
	世帯主との続柄	世帯主	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
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 日 間 年 月 日 まで			
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
	②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで		
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
③		申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			
	④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで		
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所在地			
⑤		申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 月 日 から 日 間 年 月 日 まで		
	入院をした保険医療機関等	名 称			
		所在地			

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 豊田市西町3丁目60番地

世帯主名
(申請者) 豊田 太郎 個人番号 123456789012
電話番号 〇〇-〇〇〇〇

処理欄	認定等	イ	市町村民税非課税証明書	受付番号（第 号）	
		ロ	保護申請却下通知書	交付番号（第 号）	
	ハ	公簿（ ）	認定等年月日		
	ニ	却下（理由 ）	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 号）		
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ			