

限度額適用・標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・号码 被保険者記号・番号				
戸主 世帯主	住 址 住所			
	姓 名 氏名		出生年月日 生年月日	
限度額適用 減額対象者 限度額適用減額 対象者	姓 名 氏名		个人号码 個人番号	
	与戸主的关系 世帯主との続柄		出生年月日 生年月日	
長 期 入 院 長期入院		該当 · 非該当 該当 · 非該当	交通事故等の第三者行為 交通事故等の第三者行為	有 · 无 有 · 無
以下、仅限长期入院該当者填写。 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) 入院日数合計(日間)
①	申請日的一年以内の入院期間(日数) 申請日の前1年間の入院期間(日数)		从 年 月 日 (年月日から) 至 年 月 日 (年月日まで)	日
	入院の保险医疗机关等 入院をした保険医療機関等		名 称 名称	
②	申請日的一年以内の入院期間(日数) 申請日の前1年間の入院期間(日数)		从 年 月 日 (年月日から) 至 年 月 日 (年月日まで)	日
	入院の保险医疗机关等 入院をした保険医療機関等		名 称 名称	
③	申請日的一年以内の入院期間(日数) 申請日の前1年間の入院期間(日数)		从 年 月 日 (年月日から) 至 年 月 日 (年月日まで)	日
	入院の保险医疗机关等 入院をした保険医療機関等		名 称 名称	
④	申請日的一年以内の入院期間(日数) 申請日の前1年間の入院期間(日数)		从 年 月 日 (年月日から) 至 年 月 日 (年月日まで)	日
	入院の保险医疗机关等 入院をした保険医療機関等		名 称 名称	

根据上述内容、附上相关资料、申请交付认定证。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 址 住所 _____

戸主名 世帯主名

(申請者) 申請者 _____ 个人号码 個人番号 _____

电话号码 電話番号 _____

豊田市長 殿

処理欄	認定等	イ ロ ハ ニ	市町村民税非課税証明書 保護申請却下通知書 公簿() 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		