

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）	令和 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日まで			
		名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日まで			
		名称			
		所在地			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日まで			
		名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日まで			
		名称			
		所在地			
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 年 月 日から	日間		
	入院をした保険医療機関等	令和 年 月 日まで			
		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。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

延岡市長
読谷山 洋司 殿

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 公募（ ）	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）	