

※ 町 決 済 使 用 欄	決済年月日		令和 年 月 日			
	認定 ・ 却下		課長	課長補佐	係長	係

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

減額対象者	被保険者記号番号						資格	一般 ・ 退職 ・ 高齢	
	個人番号								
	氏名				生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			
	世帯主との続柄							男 ・ 女	
世帯主	住所	仁淀川町							
	氏名				生年月日	昭 ・ 平 年 月 日		男 ・ 女	
減額認定証の交付状況等			発行年月日		令和 年 月 日				
			長期申請年月日		令和 年 月 日				
			長期該当年月日		令和 年 月 日				

食事療養を受けた保健医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間(日数)	令和 年 月 日から			210円×	食
	令和 年 月 日まで 日間			160円×	食
入院期間に食事療養に対し 支払った額(標準負担額)	(領収書添付のこと) 円				
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由 (必須)					
----- ----- -----					
振込先 金融機関名	支店(所)名	預金の 種類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人	
銀行 農協 金庫	支店 支所 店	普通 当座		()	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

仁淀川町長 様

住 所

世帯主

氏 名