

**限度額適用  
国民健康保険 標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額**

記号番号	浜 中						
世帯主	住所						
	氏名			Ⓜ 男 Ⓜ 女	生年月日	昭・平 年 月 日	
限度額適用 減額対象者	氏名			Ⓜ 男 Ⓜ 女	生年月日	昭・平 年 月 日	
	個人番号				世帯主との続柄		
長期入院	該当・非該当	※90日以上入院で長期該当(区分才該当者 or 高齢受給者Ⅰ・Ⅱのみ)					
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		
	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)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		
	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)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		日間		
	入院をした保険医療機関等		名称				
			所在地				

浜 中 町 長 様

平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)長村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>
-----------------	---

備考「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

税務課 確認欄	適用区分		備考
	ア(所得901万円) イ(所得601~900万円) ウ(所得210~600万円) エ(所得210万円以下) オ(住民税非課税)	高齢受給者【70歳以上】は低所得Ⅰ・Ⅱの人のみ【限度額適用・標準負担額減額】 ※税務課確認不要	

注) 限度額適用(区分ア、イ、ウ、エ)、限度額適用・標準負担額減額(区分オ、前期高齢者)

※総所得金額等から基礎控除(33万円)を差し引いた額