

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	志 木 ・										
減 額 対 象 者	氏 名										
	生年月日	年	月	日	世帯主 との続柄						
	個人番号										

※下記の入院欄は(1)住民税非課税世帯で、(2)過去1年の入院期間が91日以上の場合は、「該当」となりますので必要事項を記入して下さい。それ以外の場合は「非該当」となり、記入は不要です。

長 期 入 院		<input type="checkbox"/> 該 当 ・ <input type="checkbox"/> 非 該 当
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

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)志木市長

世帯主 (申請者) 住 所
 氏 名
 個人番号
 電話番号

※申請者が別世帯の場合、郵送となります。

確 認 欄	納付状況	所 得 区 分	本人確認書類	審 査 ・ 交 付	課 長	グループリーダー	担 当
	納付済 未納	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	マイナンバー・運転免許証等 在留カード・パスポート その他	渡済 郵送			