

被保険者記号番号		103	申請日	令和 年 月 日	
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号			第三者行為の有無	有・無
限度額適用減額対象者	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号			世帯主との続柄	
申請者	氏名	Ⓜ			
	電話	— —		世帯主との続柄	
	住所	※別世帯の場合のみご記入ください			

※以下の項目を必ずご確認ください。

下記の①・②の両方に該当される場合長期入院の申請が可能です。

- ① 現在、認定証をお持ちの方で適用区分欄が「オ」、「低Ⅱ」と記載されている。
- ② 申請月より前12ヵ月の入院日数が合計で91日を超えている。

※ 該当される人は、入院日数が確認できる書類を添付してください。
(領収書のコピー、医療機関の証明書等のコピー)

長期入院	①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から			
			平・令 年 月 日まで 日間			
		入院をした医療機関等	名称			
			所在地			
	②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から			
			平・令 年 月 日まで 日間			
		入院をした医療機関等	名称			
			所在地			
	③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から			
		平・令 年 月 日まで 日間				
入院をした医療機関等		名称				
		所在地				

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及びその世帯に属する被保険者に 令和 年度 の市(区)町村民税が課せられていないことを証明する。				
	_____ , _____ , _____ , _____ , _____				
	町長名 広川町長 渡邊 元喜				