

様式第14号の(4)

国民健康保険

限度額適用

認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

届 出 日	年 月 日		
届 出 人			
電 話 番 号	()		
住 所	川 島 町		
世 帯 主	☐ 届出人と同じ 歳	個人 番号	
認 定 対 象 者	☐ 世帯主と同じ ☐ 届出人と同じ 歳	個人 番号	
認 定 対 象 者 生 年 月 日	年 月 日		
世帯主との続柄	☐ 世帯主と同じ・その他()		

※ 上記 太枠内について御記入願います。

被保険者番号	川 島 ・		
滞 納 有 無	有 ・ 無	税務課確認欄	
発 効 期 日	年 月 日		
適 用 区 分	70歳以上	低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ	
	70歳未満	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	
有 効 期 限	年 月 日		
備 考			

決 裁 欄	担 当	主 査	主 幹	課 長

上記の者について、 認 定 ・ 却 下 してよいか伺います。