様式第14号の(4)

限度額適用

国民健康保険　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。 |
| 保険証番号 |  川 島 ・　 | 一般  |
| 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。 |