

限度額適用  
標準負担額減額  
認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号		田一	太枠内をご記入ください					
世帯主 (申請者)	住所	京田辺市						
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	個人番号							
限度額適用 減額対象者	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	世帯主との続柄							

- マイナ保険証を医療機関で利用すれば、限度額適用認定証の交付は不要となります。  
(注)ただし長期入院に該当される際は、申請が必要です。

(注) ただし長期入院に該当される際は、申請が必要です。

※以下、交付前市役所確認欄

長期入院 該當・非該當 第三者行為 有・無

### 長期入院詳細記入欄

①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 年	月 月	日から 日まで	日 間
	入院をした保険医療機関等	名 称			
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 年	月 月	日から 日まで	日 間
	入院をした保険医療機関等	名 称			
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	年 年	月 月	日から 日まで	日 間
	入院をした保険医療機関等	名 称			

令和 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）町村民税が課されないことを証明する。
	____、____、____、 ____、____、____、 <span style="margin-right: 10px;">市区町村長名</span> <span style="float: right;">印</span>

※市役所記入欄

有効期限	令和 年 月 日		交付年月日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日		長期入院該当	令和 年 月 日
認定区分	現役並みⅡ・現役並みⅠ・低Ⅱ・低Ⅰ (70未満)減額のみ・ア・イ・ウ・エ・オ			
交付方法	窓口(受領印) 郵送(発送日 / )			受付者
職権修正前後の負担区分	前 → 後	メモに入力	<input type="checkbox"/>	チェック(問題ないか確認した人が押印)