

→ @ 円 × 食 = 円
 → @ 円 × 食 = 円
 → @ 円 × 食 = 円 計 円

処 理 欄		認定証交付年度	審 査	係 員	受 付	年 度
受 付		R5 <input type="checkbox"/>				支給決定額 円
発 議		R4 <input type="checkbox"/>				
決 議		R3 <input type="checkbox"/>				

この申請に対して、世帯主あて、食事療養標準負担額の減額差額を支給してよいでしょうか。

国民健康保険食事療養標準負担額

減額差額支給申請書

被保険者 記号・番号		ながさき 番					
食事療養を受けた被保険者	氏 名					続柄	
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 生					
食 事 療 養 を 受 け た 病 院 等	名 称						
	所 在 地						
入 院 期 間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 (日間)						
	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 (日間)						
	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 (日間)						
	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日 (日間)						
		計 日間					
入院期間に食事療養に支払った額							円
減額認定を受けていることの確認ができなかった理由		1. 制度を知らなかった 2. その他 ()					
世帯主の銀行口座振込先		金庫 銀行 組合		本店 支店		普通 当座 番	
備考欄							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日		※減額認定証発効年月日		令和 年 月 日			
		※減額長期該当年月日		令和 年 月 日			
世帯主 住所 長崎市		町		丁目		番地 号	
フリガナ						
氏名						
		(電話番号		局		番)	
(あて先) 長崎市長							

(添付書類等) ・病院等に支払った食事代が記載されている領収書

・銀行等の世帯主名義の預金通帳

・国民健康保険被保険者証

・標準負担額減額認定証

地域センター受付