

証交付を希望する方の氏名を記入してください。

被保険者記号番号		A123-4567			
世帯主	住所	大野城市曙町△-□			
	氏名	大野 ジョー	生年月日	昭和○年 ○月 ○日	
限度額適用 減額対象者	氏名	大野 まどか	個人番号		
	世帯主との続柄	妻	生年月日	昭和○年 ○月 ○日	
長期入院	該当・ 非該当	交通事故等の第三者行為		有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 (日間)		
①	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
②	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	過去1年間に90日を超える入院があった場合のみ記入してください。			
③	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	名称			
		所在地			
④	申請日の前1年間の入院期間 (日数)	年 月 日 から 年 月 日 まで		日間	
	入院をした保険医療機関等	申請者として、世帯主の現住所・世帯主氏名を記入してください。			

上記のとおり関係書類を添えて認定申請書と一緒に申請します。

令和●年●月●日

住所 大野城市曙町△-□

世帯主名 (申請者) 大野 ジョー

個人番号 _____

電話番号 △△△-○○○○-□□□□
福岡県大野城市長

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	差額支給	有・無	食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低I・低II・現I・現II	