

70歳以上の被保険者用
(高齢受給者証対象者)

認定申請書

被保険者証記号番号			0 7 -			電話番号											
申請者 (世帯主)	住 所																
	氏 名					生年月日		年			月		日		男・女		
	個 人 番 号 (マイ ナン バ ー)																
限度額適用 減額対象者	氏 名					生年月日		年			月		日		男・女		
	個 人 番 号 (マイ ナン バ ー)																
	世 帯 主 と の 続 柄						長期入院 (91 日以上)					該当・非該当					
申請理由		1 疾病等 2 第三者行為 3 業務上の事由・通勤															

①	申請日の前１年間の入院期間（日	平成	年	月	日～	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	平成	年	月	日～	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称							
		所在地							
③	申請日の前１年間の入院期間（日	平成	年	月	日～	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名 称							
		所在地							

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。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 平成_____年_____月_____日 市区町村長名 _____ 印							
市処理欄									
非課税 税 確 認 方 法	1	非課税証明書	認 定	1	認定する				
	2	生活保護申請却下通知書			区分 低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ				
	3	課税台帳確認		A	長期非該当				
	4	発行済減額認定証確認		B	長期該当（ 月 日から）				
	5	その他		2	却下する （理由）				
発行認定証		1 限度額適用		2 標準負担額減額		3 限度額適用・標準負担額減額			
交付日		平成 年 月 日		交付方法		窓口 ・ 郵送		担当者名	

- 備考 1 「市区町村長が証明する欄」は、申請日の属する年の1月1日（申請日の属する月が1月から7月までの場合は、その前年の1月1日）現在、小田原市にお住まいの方で、非課税の事実が課税台帳等で確認できる場合は、必要ありません。
- 2 国民健康保険料の滞納がある世帯には、限度額適用の認定をすることができない場合があります。

来 庁 者	
1 点 確 認	免許・免歴・パ・個・障・療・在・特・他 ()
発 行 番 号	
2 点 確 認	保証・後・介・年手・年証・引親・他 ()