決裁年月日　　年　　月　　日

伺、支給決定してよろしいか。

# 国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書（兼支給決定）

| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|---|---|---|---|
| | | | |

一般・退職（本人・扶養）　県障・県老・県乳・県親

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証記号番号 | 小千谷０００ | | | | |
| 世帯主 | 住所 | 小千谷市 | | TEL | ― |
| | 氏名 | | 個人番号 | | |
| 減額対象者 | 氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| | 世帯主との続柄 | | 個人番号 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 減額認定証の交付を受けている者 | 発効年月日 | 年　月　日 | 交付年月日 | 年　月　日 |
| | 長期該当年月日 | 年　月　日 | 適用区分 | オ・Ⅰ・Ⅱ |
| 食事療養を受けた保険医療機関等 | 名　称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 入院期間（日数） | 年　月　日から<br>年　月　日まで　（　　日間） | | | |
| 入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額） | 円 | | | |

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

1　長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため

2　その他（　　）

どちらかに☑をしてください。

☐ 公金受取口座を利用する。（世帯主の口座に限ります。振込先の記載は不要です。）

☐ 振込先を指定する。（下記に記載ください。）

| | | |
|---|---|---|
| 差額振込先 | 銀行・金庫<br>農協・組合　　支店 | 口座番号　普・当 |
| | | （フリガナ）<br>名　義 |
| 備　考 | | |

令和　　年　　月　　日

上記のとおり申請します。

小千谷市長　　あて

| 処理欄 | 差額支給 | |
|---|---|---|
| | | 1 (460－210)円×(　　食)＝(　　)円 |
| | | 2 (460－160)円×(　　食)＝(　　)円 |
| | | 3 (460－100)円×(　　食)＝(　　)円 |
| | | 4 (210－160)円×(　　食)＝(　　)円 |
| | | 5 (　　－　　)円×(　　食)＝(　　)円 |
| | | 6 却下（理由：　　） |

国民健康保険特別会計

| 科目 | 款 | 項 | 目 | 事業 | 節 | 細節 | 細々節 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 1 | 1 | 01 | 18 | 1 | 1 |

| 支給額計　　円 | 検算者 |
|---|---|
| | |

| 月 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日数 | | | | | | | | | | | | |
| 食数 | | | | | | | | | | | | |