

様式第20号（第18条関係）

限度額適用
国民健康保険標準負担額減額認定申請書
限度額適用・標準負担額減額 再交付 ☐

減額対象者	記号		番号(枝番)	(枝番)										
	氏名													
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	世帯主 との続柄								
	個人番号													
長期入院		該当・非該当												
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和 令和		年	月	日から 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）		令和 令和		年	月	日から 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（日数）		令和 令和		年	月	日から 日から	日間						
	入院をした保険医療機関等		名称											
			所在地											
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 (宛先) 入間市長 世帯主 住所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____														

[以下処理欄]

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・オ長期※ ※非課税期間(年 月以降)	現Ⅱ・現Ⅰ・低Ⅱ・低Ⅱ長期※・低Ⅰ ※非課税期間(年 月以降)	翌月の区分 ☐ 変更なし ☐ 変更有 []	
被保険者区分	一般・未就学	70(2割・3割)		
高額賦課基準額合計額	円	市民税CHK	税	
申請	窓口・郵送(/ 受)	交付	窓口・郵送(/ 送付)	

本人確認（免許証・マイナンバーカード・パスポート・住基カード・（ ））
申請者（世帯主・世帯員（ ）・代理人※委任状・申立書）
担当（ ）