

- 申請には、対象の方の保険証を持参してください。
- 領収書・領収明細書を添えて申請してください。
- 内を記入してください。

区分	受付印
一般 退本 退扶	

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	—	減額対象者 氏名	—	個人番号	—
長期入院	該当・非該当	生年 月日	年 月 日	世帯主 との続柄	—
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください		交付年月日	—	年 月 日	—
		発行年月日	—	年 月 日	—
		長期該当年月日	—	年 月 日	—
食事療養を受けた保険医療機関等		名称	—		
		所在地	—		
入院日数及び回数	— 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間(回)				
標準負担額減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	ア 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 イ その他()				
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)				円	

上記のとおり関係書類を添えて食事療養標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日
世帯主 住所
氏名
(個人番号:)
(電話:)
届出人 氏名

(宛先)小牧市長

支給額については、下記口座名義人に受領委任します。

委任者 (署名)
(世帯主)

登録口座

新規振込口座

金融機関名
普通・当座 (口座番号)
(名義人) フリガナ

支給は原則として世帯主の口座への振込みです。
世帯主以外の口座を希望される場合は、世帯主の委任が必要となり、世帯主の署名・身分証明書(運転免許証等)の写しが必要となります。

処理欄	差額支給	イ ()円×()回＝ ()円	ウ ()円×()回＝ ()円	エ ()円×()回＝ ()円	オ ()円×()回＝ ()円	カ 却下(理由:)	受理番号(号)	台帳番号(号)	合計(円)	支給等年月日 年 月 日
-----	------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	----------	----------	--------	-----------------