

国民健康保険 限度額適用認定証交付 標準負担額減額認定・交付 申請書
 限度額適用・標準負担額減額認定証交付

記号番号			
適用区分	70歳未満（ア・イ・ウ・エ・オ・食事） 前期高齢者（低Ⅰ・低Ⅱ・現役並みⅠ・現役並みⅡ）		
適用者 減額 対象者	住所		
	氏名		性別 男・女
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄
	個人番号		
この欄は長期入院該当者のみ記入してください		長期入院	該当・非該当

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

□上記に同じ

令和 年 月 日 世帯主 住所： _____
 氏名： _____
 個人番号： | . . . | . . . | . . . | _____
 唐津市長 様 電話： _____ () _____

唐津市 認定等 処理欄	a 市町村民税(非)課税証明書	認定等年月日 令和 年 月 日
	b 保護申請却下通知書	長期該当年月日 令和 年 月 日
	c 公簿 ()	
	d 却下(理由:)	受付者: _____

個人番号（マイナンバー）確認に係る窓口受付票	
窓口に来た人	世帯主との続柄・関係 () 電 話 (- -)
窓口に来た人の 本人確認方法	<input type="checkbox"/> 顔写真付の証明（個人番号カード、運転免許証、パスポート、住基カード、 障がい者手帳、その他 ()) 【番号 _____】 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 公的機関等が発行した書類 <input type="checkbox"/> その他の確認書類 ()
個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号付） <input type="checkbox"/> 職員確認
代理権確認方法 (別世帯の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 施設職員の確認（職員証のコピーをとる） <input type="checkbox"/> その他の確認書類 ()
備 考	
※窓口に来た人の本人確認書類は、同世帯の人はコピー不要、別世帯の人はコピーを添付する。 (どちらの場合も番号は記入してください。ただし個人番号の記入はしない！)	