

阿賀町長様 下記のとおり申請します。 なお、認定に必要な所得状況等について、 国保担当者が閲覧することに同意します。		申請年月日	令和 年 月 日	
被保険者証記号番号	阿賀	種別	一般・退職本人・退職扶養	
世帯主 (申請者)	住所	電話番号	() -	
	氏名	生年月日	大・昭 平	年 月 日 男・女
	個人番号			
認定対象者	氏名	生年月日	昭・平 令	年 月 日 男・女
	個人番号	世帯主との続柄		

【申請者】 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の 世帯員 <input type="checkbox"/> その他 (続柄：)	氏名	印 (その他の人の場合は要押印)	住所	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ
	電話	<input type="checkbox"/> 上記の電話と同じ	その他の人(別世帯の人)が窓口に来た理由 <input type="checkbox"/> 世帯主本人又は同一世帯の世帯員が入院中などで外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()	

長期該当の認定申請を行う場合に記入

交付されていた認定証	<input type="checkbox"/> 「オ」 <input type="checkbox"/> 「Ⅱ」	発効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------------	---	------	---------------

本申請日の前1年間の入院日数の合計が、91日以上ある場合に該当となります。
以下に入院期間等を記入のうえ、入院日数を確認できる書類(領収書等の写し)を添付してください。

入院をした保険医療機関等		入院期間	入院日数
①	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
②	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
③	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	

..... 以下、町処理欄

決裁	課長	課長補佐	係長	係
交付者	備考			

交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
交付年月日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ
長期入院 (オ・Ⅱのみ)	<input type="checkbox"/> 該当(平成 年 月~) <input type="checkbox"/> 非該当
差額申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

窓口に来た人の 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	---

記入

阿賀町長様 下記のとおり申請します。 なお、認定に必要な所得状況等について、 国保担当者が閲覧することに同意します。		申請年月日	令和 元 年 5 月 8 日		
被保険者証記号番号	阿賀	01234567	種別	一般・退職本人・退職扶養	
世帯主 (申請者)	住所	阿賀町津川580番地		電話番号	(0254) 92 - 3111
	氏名	阿賀 太郎	生年月日	大・昭 平 25 年 1 月 1 日	男・女 男
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8			
認定対象者	氏名	阿賀 花子	生年月日	昭・平 令 25 年 12 月 31 日	男・女 女
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		世帯主との続柄	妻

【 申請者 】 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の 世帯員 <input type="checkbox"/> その他 (続柄：)	氏名	阿賀 太郎 印 <small>(その他の人の場合は要押印)</small>	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の住所と同じ
	電話	<input checked="" type="checkbox"/> 上記の電話と同じ	その他の人 (別世帯の人) が窓口に来た理由 <input type="checkbox"/> 世帯主本人又は同一世帯の世帯員が入院中などで外出できないため <input type="checkbox"/> その他 ()	

長期該当の認定申請を行う場合に記入

交付されていた認定証	<input checked="" type="checkbox"/> 「オ」 <input type="checkbox"/> 「II」	発効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------------	---	------	---------------

本申請日の前1年間の入院日数の合計が、91日以上ある場合に該当となります。
以下に入院期間等を記入のうえ、入院日数を確認できる書類(領収書等の写し)を添付してください。

入院をした保険医療機関等		入院期間	入院日数
①	名称	■■病院	92日間
	所在地	新潟市中央区●●番地	
②	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	
③	名称	年 月 日から	日間
	所在地	年 月 日まで	

..... 以下、町処理欄

決裁	課長	課長補佐	係長	係
交付者	備考			

交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
交付年月日	令和 年 月 日
発効期日	平・令 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ・II・I
長期入院 (オ・IIのみ)	<input type="checkbox"/> 該当 (平成 年 月 ~) <input type="checkbox"/> 非該当
差額申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

窓口に来た人の 本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 外国人登録証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	---