

食事療養標準負担額差額支給申請書

記号番号	寝国	減額対象者氏名	
世帯主 との続柄		個人番号	
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
①	入院をした 保健医療機関等 入院期間(日数)	名称	
		所在地	
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
②	入院をした 保健医療機関等 入院期間(日数)	名称	
		所在地	
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
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	
減額認定証交付申請書の 提出が出来なかった理由		☐ 入院中のため、申請が出来なかった。 ☐ その他()	
上記のとおり関係書類を添えて食事療養標準負担額差額の支給を申請します。 なお、下記のとおり口座振替によって支払ってください。 (あて先) 令和 年 月 日 寝屋川市長 住所 寝屋川市 氏名 (署名) 申請者 (世帯主) 個人番号 マイナンバー(12桁)を記入してください。 電話番号 ()			

「受取口座」については、下記のどちらかにチェックをしてください。(両方にチェックされた場合は、上段「振込口座」を優先します。)

受取 口座	☐ 振込口座を指定する (以下を記入してください)																
	<table><tr><th>金融機関名</th><th>支店名</th><th>貯金種目</th><th>口座番号</th></tr><tr><td></td><td></td><td>普通・当座</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">口座名義人(カタカナ) ※左詰めで、姓と名の間は1マスあけて記入してください。</td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr></table>	金融機関名	支店名	貯金種目	口座番号			普通・当座		口座名義人(カタカナ) ※左詰めで、姓と名の間は1マスあけて記入してください。							
	金融機関名	支店名	貯金種目	口座番号													
			普通・当座														
	口座名義人(カタカナ) ※左詰めで、姓と名の間は1マスあけて記入してください。																
※口座名義については、原則申請者氏名と同一とすること。 申請者と振込先名義人が異なる場合は、裏面「委任状」をご記入ください。 ※ゆうちょ銀行の支店名は数字3ケタの【店番】になります(通帳の1ページ目見開き部分をご確認ください)。																	
<table><tr><td>「公金受取口座」 の利用は</td><td>寝屋川市に <u>住民票がある</u> 方。(死亡者を除く) マイナンバーカードによる <u>事前登録がお済</u> の方。 ☐ 公金受取口座を利用する ※申請者と同一の口座のみ</td></tr></table>				「公金受取口座」 の利用は	寝屋川市に <u>住民票がある</u> 方。(死亡者を除く) マイナンバーカードによる <u>事前登録がお済</u> の方。 ☐ 公金受取口座を利用する ※申請者と同一の口座のみ												
「公金受取口座」 の利用は	寝屋川市に <u>住民票がある</u> 方。(死亡者を除く) マイナンバーカードによる <u>事前登録がお済</u> の方。 ☐ 公金受取口座を利用する ※申請者と同一の口座のみ																

----- 以下担当者記入欄 -----

限度額適用認定証 交付履歴	交付年月日	令和 年 月 日	91日目該当年月日	負担割合
	長期該当年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	オ・低Ⅰ・低Ⅱ
処理欄	R7.4.1~ R8.5.31	☐ (510 - 240)円 × ()食 = ()円		受付印
		☐ (510 - 190)円 × ()食 = ()円		
		☐ (240 - 190)円 × ()食 = ()円		
	R8.6.1~	☐ (550 - 270)円 × ()食 = ()円		
		☐ (550 - 220)円 × ()食 = ()円		
		☐ (270 - 220)円 × ()食 = ()円		
その他	☐ (-)円 × ()食 = ()円			
交付番号()	計算担当者①	②	第三者	有・無
	入力担当者①	②		

担当

委任状

令和 年 月 日

寝屋川市長 様

<委任者(世帯主)>

住所:

氏名:(署名)

生年月日:

連絡先:

私は、下記の者を代理人と定め下記の権限を委任します。

(手続き/申請名) 国民健康保険に関する申請、請求及び受領に関する権限

<代理人(受任者)>

住所:

氏名:(署名)

生年月日:

連絡先: