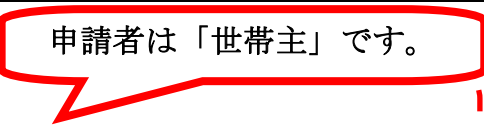
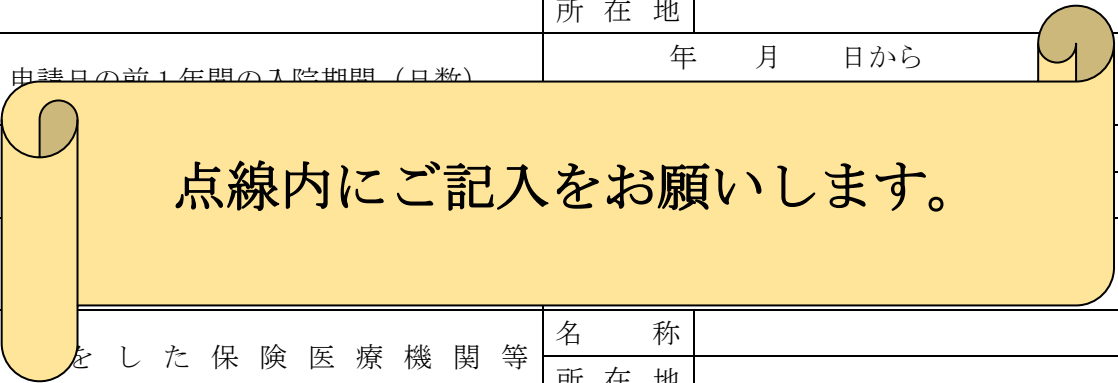




被保険者証	記号	番号
認定対象者	氏名	生年月日
	個人番号	
	世帯主との続柄	性別
長期入院	該当・非該当	入院・在宅末期医療総合診療

ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 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)	年 月 日から
	入院	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 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

世帯主 住所
氏名
個人番号
電話番号 ()

鹿嶋市長 様

保険者 処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下(理由) ()	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 年 月 日
		差額支給 有・無	標準負担額差額支給台帳受理番号(第 号)

備考 市町村民税非課税証明書は、当該事実を公簿等によって確認することができる場合は、省略できる。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	

受付者