

様式第8号(第8条関係)

決 裁					担 当 者	受 付	年 月 日
						伺	年 月 日
						決 裁	年 月 日
適 用 区 分 の 判 定	適 区 分 I ・ 区 分 II				否(理由)		

県老限度額適用認定申請書

受 給 者 番 号							
受 給 者	氏 名		性 別	男・女	生年 月日	昭和	年 月 日 (歳)
	居 住 地	新潟県佐渡市					
被 保 険 者 番 号							
保 険 者 の 名 称							
<p>上記のとおり、{ 関係書類を添えて 申請に必要な世帯及び所得の状況を県老担当課が調査 } することを 承諾し県老の限度額適用を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 新潟県佐渡市 申請者 氏 名</p> <p>佐渡市長 様</p>							

注)

- 1 申請者は、原則として本人(医療費助成対象者)であること。ただし、ねたきり等で本人自身が申請できない場合等、真にやむを得ない場合は、この限りでない。
 - 2 加入医療保険資格情報がわかる書類を持参すること。
- ◎記名押印に代えて署名することができます。