



被 保 険 者 証	記 号	番 号
認 定 対 象 者	氏 名	生 年 月 日
	個人番号	年 月 日
	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。 入院日数合計 日間

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
	点線内にご記入をお願いします。	
③	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地
	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
④	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地
	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
⑤	入院をした保険医療機関等	名 称 所 在 地

印鑑忘れずに
お願いします。

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 处 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