

受付時使用欄				
受付日	年 月 日			
決定日	年 月 日			
システム入力者		システム確認者		

[illegible]

減 額 認 定 証 の 内 容 を 記 載 し て く だ さ い。			
交 付 区 分		適 用 年 月 日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日	長 期 該 当 年 月 日	年 月 日

食事（生活）療養を受けた医療機関等	名称		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地			
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回			
入院に際して受けた食事（生活）療養に対し支払った額（標準負担額）				円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				

[illegible]

振込先	銀 金 組 農						行 庫 合 協	本 店 支 店 ()							預 金 種 別	普 通						
								金融機関コード				支店コード				当 座						
																()						
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。																						
口座番号(右詰)								記号・番号		※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。 一												
口座名義人 (カタカナ)		カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マス空けてください。																				

確認
済・無

上記のとおり、関係書類を添えて食事（生活）負担額差額の支給を申請します。	
年	月 日
広島県後期高齢者医療広域連合長 様	
申請者の住所・氏名等	
(〒 —)	
住所 尾道市	
氏名	被保険者との関係
電話番号	