|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 町長 | 副町長 | 課長 | 係長 | 係 | 証明書発行番号 | 第　　号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 減額免除徴収猶予 | 期間　　　　　　月割合　　　　　　割 |
| 　　　　　年　　月　　日右のとおり決定してよいでしょうか。 | 不承認 | 事由 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国民健康保険一部負担金 | 減額免除徴収猶予 | 申請書 |
| 被保険者証 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 療養の給付を受ける者 | 氏名 | 　 | 男女 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| の意見国民健康保険医 | 傷病名 | 　 | 治療見込期間 | 日（月）間 |
| 発病又は負傷年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 医療費所要見込額 | 円 |
| 　　国民健康保険医 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 減額免除徴収猶予 | 期間　　　　　　　　　か月 | 割合　　　　　　　　　　割 |
| 事由 | 　 |
| 　上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日申請者（世帯主）　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　阿南町長　　　　様 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理区分 | 受付 | 調査 | 決定通知 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |