

被保険者証記号番号		奈13-										
世帯主	住所	奈良県生駒郡平群町										
	氏名						生年月日	年 月 日				
	個人番号											
	連絡先	-										
限度額適用 減額対象者	氏名						生年月日	年 月 日				
	個人番号											
	世帯主との続柄											
次に同じ場合は☑ 世帯主 <input type="checkbox"/>												
申請者	住所											
	氏名						連絡先	-				
	個人番号											
次に同じ場合は☑ 世帯主 <input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/>												
長期入院	該当 ・ 非該当											
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）						年 月 日から	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	日間				
	入院をした保険医療機関等	名称										
		所在地										

この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、上記のとおり申請致します。

令和 年 月 日

平群町長様

役場記入欄	・ 世帯主	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・ 減額対象者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	・ 申請者	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 通知カード
		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票

