

後期高齢者入院時負担軽減申請書

年 月 日

千代田区長 殿

申請者 千代田区 住所
氏名 _____ (印)
(対象者との続柄)
電話番号 ()

下記対象者が 年 月 日に死亡しましたので、後期高齢者入院時負担軽減実施要綱第4条第4項に規定に基づき、後期高齢者入院時負担軽減の助成を申請します。

記

対象者 氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所 千代田区					
対象者が入院していた医療機関名					
対象者が入院していた期間					
年 月 日 から 年 月 日					
※申請日から遡って1年を経過した入院期間は助成金計算の対象外です。					

受給資格認定に際し、対象者の介護保険の認定情報、生活保護の受給状況など必要な情報を照会することについて同意します。

氏名 _____ (印)

助成金の振込先 下記の口座にお振込ください。

振込先 金融機関	銀行	本店	1. 普通						
	信用金庫	支店	2. 当座						
	信用組合								
	口座名義人(かか)		口座番号						

- (注意) 1. 入院日数を確認できる書類(領収書原本等)を添えて申請してください。
領収書原本は、在宅支援課で確認後ご返却します。
2. 申請者の名義以外の口座への振り込みを希望するときは別途書類が必要です。
3. ゆうちょ銀行の場合は、振込み用支店名(3桁の数字)・口座番号をご記入ください。

区処理欄

今年度入院分

入院期間 A (今年度累計)	7~30 日	31~60 日	61~90 日	91~120 日	121 日以上
金額 B	1 万円	2 万円	3 万円	4 万円	5 万円

今年度入院日数(助成済分) C	日	今回対象入院日数(A-C)	日
今年度入院助成済金額 D	円	今回助成金額(B-D)	円

前年度入院分

入院期間 A (前年度累計)	7~30 日	31~60 日	61~90 日	91~120 日	121 日以上
金額 B	1 万円	2 万円	3 万円	4 万円	5 万円

前年度入院日数(助成済分) C	日	今回対象入院日数(A-C)	日
前年度入院助成済金額 D	円	今回助成金額(B-D)	円

利用料・自己負担金等の未払いなし