

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 世帯主住所 会津若松市

(申請者)

氏 名

個人番号

電話番号

提出者 ☐世帯主の提出

(世帯主と異なる場合)

住所

氏 名

(世帯主との関係)

会津若松市長 あて

電話番号

太枠内は記入不要

高 額 区 分		費用額	審査決定額	A				
☐ 一 般	☐ 高 齢 者 一 般			公費負担額	B			
世 帯 区 分	高 齢 区 分	患者負担額	(A-B) × /10	C				
☐ 上 位 所 得 (ア)	☐ 現 役 並 Ⅲ		現物高額療養費	D				
☐ 上 位 所 得 (イ)	☐ 現 役 並 Ⅱ		公費負担額	E				
☐ 課 税 (ウ)	☐ 現 役 並 Ⅰ		その他()	F				
☐ 課 税 (エ)	☐ 一 般		(C-D-E-F)	G				
☐ 非 課 税 (オ)	☐ 低 所 得 Ⅱ	限度額	基準額					
世帯合算 ☐ 有 ☐ 無	☐ 低 所 得 Ⅰ		1%加算額					
多数該当 ☐ 有 ☐ 無			自己負担限度額	H				
長期疾病 ☐ 有 ☐ 無		支給決定額 (G - H)						