

様式第30号（第20条関係）

食事療養標準負担額 差額支給申請書
生活療養標準負担額

被保険者証記号番号		岩内												
世帯主	個人番号													
	住所	岩内町字												
	氏名									生年月日	年 月 日			
										電 話				
減額対象者	個人番号													
	氏名									生年月日	年 月 日			
											続 柄			男・女
減額認定証の交付を受けている者		発行年月日				年 月 日								
		長期該当年月日				年 月 日								

療養を受けた保険医療期間等	名 称												
	所 在 地												
入院期間（日数）	年 月 日から				年 月 日まで								日間
入院期間に受けた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できなかった理由													

年 月 日

町村 処理欄	差額 支給	ア (-)円×	食=	円	減額台帳番号
		イ (-)円×	食=	円	
		ウ (-)円×	食=	円	支給決定額 円
		エ (-)円×	食		
		+320円×()日=	円		
		オ 却下 (理由:)			