

限度額適用・標準負担額減額
認定申請書

決定 伺	課 長	係 長	係

組合員証記号番号 又は個人番号		組 合 員 氏 名		所 属 所 名	
12- 3456		共済 太郎		〇〇市役所	
減額対象者 氏名	共済 花子		生年月日	昭和 平成 令和	〇年 〇月 〇日
			続柄	配偶者	
住所	〇 〇 〇 〇 〇			同居別居 の別	同居・別居
長期入院	該 当 ・ 非該当	※申請月以前1年間（非課税期間に限る）に90日以上を越えて入院 した場合、「該当」に〇の上、以下の欄に記載してください。			
	入院をした保険医療機関等		申請日の前1年間の入院期間（日数）		
①	名称	〇〇病院	該当しない場合は記入不要		
	住所	〇 〇 〇 〇 〇	至	令和 〇年 〇月 〇日	〇日間
②	名称		<p>◎非課税であることを確認するため下記の いずれか1つが必要となります。</p> <p>①所得課税証明書 ②非課税に関する市町村長の証明 ※ ③地方税関係情報を照会するための同意書</p> <p>③は共済組合HPに掲載 ▷各種申請書ダウンロード ▷資格関係様式▷22地方税関係情報を照会するための同意書</p> <p>該当事務手続き2か所にチェックし、同意するものが自ら署名</p>		
	住所				
③	名称				
	住所				
④	名称				
	住所				
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>沖縄県市町村職員共済組合理事</p> <p>令和 〇年 〇月</p> <p>請求者 住所 〇 〇 〇 〇 〇</p> <p>(組合員) 氏名 〇 〇 〇 〇</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ない</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p>職名 〇〇〇</p> <p>所属所長 氏名 〇〇 〇〇</p>					
非課税に関 する証明欄	当該組合員には 〇年度の市（区）町村民税が課さ れないことを証明する。				
市区町村長	市区町村長 〇〇 〇〇		印		

※ 組合員の住所が所属所と同一の
市町村役場で、非課税の確認が取れる
場合、証明欄に署名する事で添付
書類不要。