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	○○市役所

減額対象者氏名	共済　花子	生年月日	昭和 平成　○年　○月　○日		
		性別	男・女	続　柄	配偶者
住所	○　○　○　○　○			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○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	申請月の前1年間の入院期間（日数）	
①	名称	○○病院	日	○日間
	住所	○　○　○　○　○	至　令和　○年　○月　○日	
②	名称		自　令和　年　月　日	間
	住所			
③	名称			間
	住所			
④	名称			間
	住所			

該当しない場合は記入不要

上記のとおり請求します。

沖縄県市町村職員共済組合理事

令和　○年　○月

請求者（組合員）　住所 ○

氏名 ○○

非課税であることを確認するため
下記のいずれかが1つ必要となります。

①所得課税証明書
②非関税に関する市町村長の証明 ※1
③地方税関係情報を照会するための同意書
（共済組合HPに掲載）

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。

○　食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第十三号）

○　限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和　○年　○月　○日

所属所長　職名 ○○○

氏名 ○○　○○

※1 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。

非課税に関する証明欄	当該組合員には　○年度の市（区 れないことを証明する。
市区町村長	市区町村長　○○　○○　印