

# 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	
減額対象者 氏名	生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
	性別	男・女	続柄		
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		申請日の前1年間の入院期間（日数）		
①	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所		至	令和 年 月 日	
②	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所		至	令和 年 月 日	
③	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所		至	令和 年 月 日	
④	名称		自	令和 年 月 日	日間
	住所		至	令和 年 月 日	
<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長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者 住所 (組合員) 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名 所属所長 氏名</p>					
非課税に関 する証明欄 市区町村長	当該組合員には 年度の市（区）町村民税が課さ れないことを証明する。			共済組合受付印	
	市区町村長			[印]	