|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印  短期請求等様式第１号 | | | | | 決 裁 | | 課　長 | | | 主　幹 | | Ｇ　Ｌ | | | | 担　当 | | 合　議 |  |
|  | | |  | |  | | | |  | |  |  |
| 資格取得年月日 | |  | | 資格喪失年月日 | | | | |  | | | | ※決定年月日 | | | |  | | |
| **標準負担額減額及び自己負担限度額認定申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員等 記号・番号 | ― | | | 組合員  氏 名 | |  | | | | | | | | 所属所名 | | |  | | |
| 認定対象者 | | 氏　名 | （※ 年 月 日認定） | | | | | | | | 続柄 | | | | 年 月 日    続柄 | | | | |
|  | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日前１年間 | | 入院期間（日数） | | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院医療機関等 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請日前１年間 | | 入院期間（日数） | | 年 月 日から  年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院医療機関等 | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 備　　　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定条件に該当しますので、上記のとおり申請します。  滋賀県市町村職員共済組合理事長 殿  年 月 日 住 所  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。  １　市町村民税が非課税であったことを証する書類（非課税証明書等）を添付してください。  ２　※印欄は記入しないでください。  (注)  年 月 日 職 名  氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |