|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  |