|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 印短期請求等様式第２号 | 決 裁 |  | 次　長 | 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 |  |
| **入院時食事・生活療養費請求書** | 決 定 額 | 円 |
| 組合員等記号・番号 | 　　　― | 組合員氏 名 |  | 所属所名 |  |
| 食事・生活療養を受けた者（減額対象者） | 氏　名 | （※ 年 月 日認定） | 続柄 |  年 月 日 続柄 |
|  |  |
| 傷 病 名 |  | 傷病の原因 | （ 詳しく記入してください ） |
| 食事・生活療養を受けた医療機関 |  |  |
| 所在地 |  |
| 入 院 期 間 | 年 月 日から年 月 日まで |  日間 |
| 入院期間に受けた食事・生活療養に対し支払った標準負担額 |  円 | 請求金額 |  円 |
| 標準負担額減額認定証を提出できなかった理由 |  |
| 上記のとおり請求します。 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  |