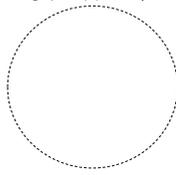


受 付 印



決 裁	課 長	主 幹	G L	担 当	合 議	公印使用 承認印

短期請求等様式第1号

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			生年月日	年 月 日
		(※ 年 月 日認定)		続柄	続柄
	住 所	〒 —			

申請日前1年間の 入院期間①	入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで			
	入院医療機関等	名 称			
		所在地			

申請日前1年間の 入院期間②	入院期間（日数）	年 月 日から 年 月 日まで			
	入院医療機関等	名 称			
		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
申請者 氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日 職 名
所属所長 氏名

- (注) 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。