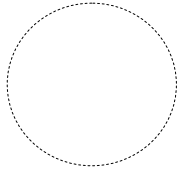


受付印



短期請求等様式第1号

決 裁	課長	課長補佐	G L	担当	合議	公印使用承認印

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

組合員証 記号番号		組合員 氏名		所属所名	
--------------	--	-----------	--	------	--

認定対象者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄	
	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		

別添の証明書のとおり、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 印

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 印

(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）を添付して下さい。  
2. ※印欄は記入しないで下さい。