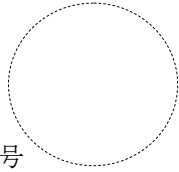


受 付 印



短期請求等様式第19号

決 裁	課 長	課長補左	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	
---------	--	---------	--	--------	--

限度額適用認定申請書

組合員証 記号番号		組合員 氏 名		所属所名	
適用対象者	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日			組合員との続柄	
	住 所				

上記のとおり限度額適用認定証の交付を申請します。

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