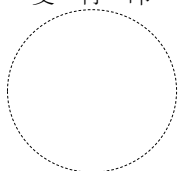


受付印



短期請求等様式第19号

決 裁	課 長	主 幹	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	(※ 年 月 日認定)		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	組合員との続柄		
	住 所	〒 —			

備 考	
-----	--

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

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