

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組 合 員	記号番号	—		所 属 所	名 称		
	氏 名				所 在 地		
	生年月日	昭・平 令	年 月 日				
減額対象者	氏 名			組合員との続柄			
	生年月日	昭・平 令	年 月 日				
組合員（減額該当者）の住所							
長期入院	該当 ・ 非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月	日から	日間
			令和	年	月	日まで	
入院をした保健医療機関等		名 称					
		所 在 地					
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月	日から	日間
			令和	年	月	日まで	
入院をした保健医療機関等		名 称					
		所 在 地					
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）		令和	年	月	日から	日間
			令和	年	月	日まで	
入院をした保健医療機関等		名 称					
		所 在 地					
市区町村長が証明する欄		当該組合員には、 年度の市（区）町村民税が 課されないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印					
上記のとおり申請します。 愛知県市町村職員共済組合理事長 様 令和 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。 令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名							

※ 市区町村長が証明する欄にて証明を受けられない場合は、組合員に係る「市町村民税非課税証明書」又は共済組合が情報提供ネットワークシステムを使用して、組合員の課税状況を照会することの「同意書」を添付してください。