

## 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	○○市役所	
	氏 名	共済 太郎		所 在 地	○○市○○町○○番地	
	生年月日	昭 <sup>平</sup> 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
減額対象者	氏 名	共済 太郎	組合員との続柄		本人	
	生年月日	昭 <sup>平</sup> 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
組合員（減額該当者）の住所			○○市○○町○○番地			
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで				
	入院をした保健医療機関等	名 称	長期該当者として申請する方のみ記入してください。			
		所 在 地				
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日まで				
	入院をした保健医療機関等	組合員の方の居住する市区町村の証明を受けてください。				
		所 在 地				
市区町村長が証明する欄		当該組合員には、令和 〇〇 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 市長 市区町村長名 〇 〇 〇 〇				
<div style="border: 1px solid red; width: 40px; height: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;">印</div>						
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 〇〇市○○町○○ 申請者 氏名 共済 太郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 職名 〇〇市長 所属所長 氏名 〇〇 〇〇						

※ 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。