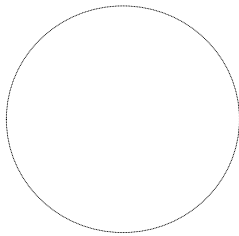
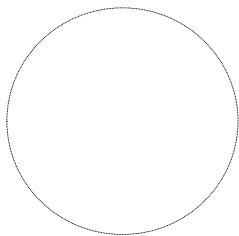


共済組合受付日付印

所属所受付日付印



決 裁	課 長	合 議	担 当

限 度 額 適 用 標 準 負 担 額  
減 額 認 定 申 請 書

組 合 員 ( 申 請 者 )	組 合 員 等 記 号 及 び 番 号 又 は 個 人 番 号	—	※	適 用 区 分
	氏 名			
	住 所	〒		
	市 町 村 民 税 の 課 税 状 況	課 税	・	非 課 税
所 属 機 関	名 称			
	所 在 地			
認 定 対 象 者	氏 名			
	生 年 月 日 ( 性 別 )	昭 和 平 成	年	月 日 ( 男 ・ 女 )
	入 院 期 間 ( 注 )	令 和	年 月 日 ~ 令 和	年 月 日
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>石川県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申 請 者 氏 名</p>				
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職 名 所 属 所 長 氏 名</p>				

1. 入院期間の終了日が未定の場合は空白で結構です。また、外来で適用を受ける場合、期間の記入は必要ありません。限度額適用認定証の発効年月日は共済組合が申請書を受付けた日の属する月の初日となります。月を遡っての交付は原則できません。
2. 組合員に係る市町村民税が非課税であることを証明する書類を添付してください。  
(「給与所得等に係る市民税・県民税 特別徴収税額の決定・変更通知書」の写し、または非課税証明書等)
3. ※欄は「記入しないでください。」