決定伺	課　長	係　長	係

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員記号番号又は個人番号	組合員氏名	所属所名

減額対象者氏名		生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
		続柄	
住所		同居別居の別	同居・別居
長期入院	該　当　・　非該当	※申請月以前1年間（非課税期間に限る）に90日以上を越えて入院した場合、「該当」に○の上、以下の欄に記載してください。	

	入院をした保険医療機関等		申請日の前１年間の入院期間（日数）		
①	名称		自	令和　年　月　日	日間
	住所		至	令和　年　月　日	
②	名称		自	令和　年　月　日	日間
	住所		至	令和　年　月　日	

上記のとおり請求します。

沖縄県市町村職員共済組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日

請求者（組合員）　住所

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

所属所長　職名

氏名

※①　沖縄県市町村職員共済組合理事長　様　　（同意者が自ら署名を行うこと）

下記の者は沖縄県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第十九条第八号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第八十五条に規定する事務手続を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
	氏名			
	住所			

※②		共済組合受付印
非課税に関する証明欄 市区町村長	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。 市区町村長　　印	

※上記の①②いずれか1つの記載で所得課税証明書の添付を省略することが可能です。