限度額適用・標準負担額減額認定申請書

決定伺	課　長	係　長	係

組合員記号番号又は個人番号	組合員氏名	所属所名
12-3456	共済　太郎	○○市役所

減額対象者氏名	共済　花子	生年月日	昭和・平成・令和　○年　○月　○日
		続柄	配偶者
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		
	住所		
②	名称		
	住所		

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

令和　　年　　月　　日

所属所長　職名

氏名

◎非課税であることを確認するため下記のいずれか1つが必要となります。

1.所得課税証明書（原本）
2.地方税関係情報を照会するための同意書（※①）
3.非課税に関する市町村長の証明 ◆（※②）

2.同意書及び3.証明については申請書と一体になっておりますので、そちらをご活用ください。いずれかを選択しますと、添付書類は不要となります。

※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 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 ことを証明する。 市区町村長　　印

◆　**組合員の住所が所属所と同一の市町村で、役所内で非課税の確認が取れる場合は証明欄の証明で済みます。**

※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。