

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

資格取得年月日		資格喪失年月日		決定年月日	
記号				所属機関名	
番号					
組合員	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
適用対象者	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	住所	
	医療機関名称			入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から
医療機関所在地			令和 年 月 日 まで		
申請日前1年間②	医療機関名称			入院期間 (日数)	令和 年 月 日 から
	医療機関所在地				令和 年 月 日 まで
奈良県市町村職員共済組合理事長 殿					
同 意 書					
私は、奈良県市町村職員共済組合が、行政手続における特定の個人情報等を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令に定める事務及び情報を定める命令第31条の2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。					
令和 年 月 日					
氏名 (認定を受けようとする者が自署)					
上記のとおり申請します。					
奈良県市町村職員共済組合理事長 殿					
令和 年 月 日					
住所 組合員 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					

(注) 市町村民税が非課税であったことを証する書類(非課税証明書等)を添付してください。なお、同意書欄に署名がある場合は省略できます。