

限度額適用・
標準負担額減額認定申請書

決定 伺	課長	課長補佐・主幹	課員

記号	番号	組合員氏名	所属所名
999	99999	共済 太郎	〇〇市

〇認定を受けようとする者

氏名	共済 太郎	生年月日	昭和・平成・令和 52年 9月 5日
		続柄	本人

住所	〇〇市△△1丁目2番3号	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日を越えて入院した場合、「該当」に〇の上、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
	住所	至	令和 年 月 日
②	名称	自	令和 年 月 日
	住所	至	令和 年 月 日
③	名称	自	令和 年 月 日
	住所	至	令和 年 月 日
④	名称	自	令和 年 月 日
	住所	至	令和 年 月 日

上記のとおり申請します。
福岡県市町村職員共済組合理事長 殿
〇年 〇月 〇日
申請者 住所 〇〇市△△1丁目2番3号
(組合員) 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。
〇年 〇月 〇日
所属所長 職名 〇〇市長
氏名 〇〇 〇〇

福岡県市町村職員共済組合理事長 様
〇年 〇月 〇日
同意書

下記の者は福岡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第二十二号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	申請者との続柄	本人	その他 ()
	フリガナ	キョウサイ タロウ	
	氏名 ※自署	共済 太郎	
	生年月日	昭和・平成・令和 52年 9月 5日	
	住所	〇〇市△△1丁目2番3号	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ

共済組合受付印