

## 限度額適用認定申請書

組合員証記号番号		〇〇〇-〇〇〇		入院(予定)年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日	
組合員	氏名	共 済 太 郎		所属機関	名称	〇〇市役所	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日			所在地	〇〇市〇〇町〇〇	
	申請日の属する月の標準報酬の月額				〇〇〇, 〇〇〇 円		
適用対象者	住 所	〇〇市〇〇町〇〇					
	氏名	共 済 花 子				男・ <input checked="" type="radio"/> 女	
	生年月日 及び続柄	昭和〇〇年 〇〇 月 〇〇 日				続柄 妻	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">愛知県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">平成〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市〇〇町〇〇</p> <p style="text-align: right;">氏名 共 済 太 郎 <span style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></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 style="text-align: center;">平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">職名 〇〇市長</p> <p style="text-align: right;">氏名 〇 〇 〇 〇 <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span></p>							