

医療福祉制度非適用の証明願

平成 年 月 日

かすみがうら市長 殿

住 所 かすみがうら市

氏 名 印

私の被扶養者である については、平成 年 月 日
貴市町村の医療福祉制度の適用を申請しましたが、所得が所定の限度額を超える
ため、非適用となったことを証明願います。

非該当期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日