

様式第2号(第6条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名			個人番号	
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生
性別	男 ・ 女			
住所	〒 ー いの町 電話番号 ー			
利用者負担額 減免申請理由				
	氏	名	生	年 月 日 性別
	生計中心者に○をつけて下さい			
世帯 構成	世帯主			
	世帯員			
いの町長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。 なお、この申請に関し必要とする収入状況等を市町村が調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 ー 氏 名				

町記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)	
適用年月日		
年 月 日 から		
有効期限	確認番号	確認者印
年 月 日 まで		