

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

フリガナ 被保険者氏名			確認番号								
			被保険者番号								
生年月日	年 月 日		性別								
住所	電話番号										
利用者負担額 軽減申請理由											
氏名	生年月日		性別	生計中心者に○を付けてください。							
世帯構成	世帯主		年 月 日								
	世帯員		年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
<p>海陽町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減の確認を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 氏名 <span style="margin-left: 200px;">印</span> <span style="margin-left: 100px;">電話番号</span></p>											

市（町村）記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	