

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制度)

| | | | | |
|---|-----------------|---------|--------|--------------------|
| フリガナ 被保険者氏名 | | | 確認番号 | |
| | | | 被保険者番号 | |
| | | | 個人番号 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | 性別 | 男・女 | |
| 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 ○を付けて下さい |
| 世帯構成 | 世帯主 | | | |
| | 世帯員 | | | |
| | | | | |
| <p>邑智郡総合事務組合管理者 様</p> <p>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の申請をします。また、軽減措置認定を受けるために、私の世帯の市町村民税課税の有無について、課税台帳を閲覧されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 電話番号 氏名 印</p> | | | | |

町村記入欄

| | |
|-------|-----|
| 交付年月日 | 備 考 |
| 年 月 日 | |
| 適用年月日 | |
| 年 月 日 | |
| 有効期限 | |
| 年 月 日 | |