

(記入例)

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	テシオ タロウ		保険者番号		0	1	4	8	7	8			
被保険者氏名	天塩 太郎		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大	昭	性別	男・女									
	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日							
住所	〒098-3398 天塩町新栄通8丁目 電話番号 2-1001												
利用者負担額軽減申請理由	身体障害者手帳 有・無 (級 NO.)												
	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	天塩 太郎	S〇〇.〇〇.〇〇	男	○								
	世帯員	天塩 花子	S〇〇.〇〇.〇〇	女									
天塩町長 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。													
平成〇〇 年〇〇月〇〇日													
〒098-3398 住所 天塩町新栄通8丁目													
申請者 氏名 天塩 太郎													
印													
必ず押印願います													
電話番号 2-1001													

市(町村)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	
年 月 日 まで	

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。