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					保険		212084							
被保険者氏名					被保险	食者番号								
生年月日		明・	大・昭	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			中心 ださ		0 7	をつ	け
世帯構成	世帯主													
	世帯員													
岐阜	l 阜県瑞浪ī	 市長 様												
上記	上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象の申請をします。													
なお、市が申請要件の確認調査を関係当局に対して求めることに同意します。														
	4	令和	年	月	日									
	申請	-	所											
	T 487		名		電話番号									

《市記入欄》

(1) HD7 (M //												
	決 済 欄					処理内容	処理年月日					
部長	次 長	課長	係長	係	員	交付年月日	年	月	日			
						適用年月日	年	月	日			
						有効期限	年	月	日			
担当者	世帯員の	課税状況等										