

# 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			保 険 者 番 号		
			被保険者番号		
生 年 月 日			性 別	男	女
住 所	〒		電話番号		
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				
<p>瑞浪市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>申請日 年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所 〒</p> <p>被保険者氏名 印</p>					
<p>※ 内容確認のため連絡先電話番号を記入してください。 _____</p> <p>代筆の場合は _____ 代筆者名</p> <p>送付先指定希望の場合は _____ 送付先住所・氏名</p>					

## 保険者記入欄

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	