

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		保険者番号																			
		被保険者番号																			
		個人番号																			
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女																		
住所	〒																				
利用者負担額 減免申請理由	電話番号 ()																				
<p>浜中町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額の軽減対象の確認について申請します。 なお、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況などについて住民税の課税資料を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名 ⑩ 電話番号 ()</p>																					

町記入欄 (記入しないでください。)

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	