

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

ふりがな		確認番号			
被保険者氏名		被保険者番号	533-		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女		
住所	和泊町大字 TEL 92-				
利用者負担額 減免申請理由					
世帯構成	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○	
	世帯主				
	世帯員				
<p style="text-align: center;">和泊町長殿</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減免対象の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 申請者 住所 和泊町大字 氏名 ⑩ TEL</p>					

和泊町記入欄

交付年月日	備考
平成 年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
平成 年 月 日から	
有効期限	
平成 年 月 日まで	

※ 年間収入及び預貯金等がわかる資料，また親族等に扶養されていないことを証明する資料を添付して下さい。