

特別地域加算に係る利用者負担軽減対象者確認申請書

(特別地域加算に係る利用者負担額軽減措置)

ふりがな 被保険者氏名			確 認 番 号			
			被保険者番号	5 3 3 ー		
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女
住 所	和泊町大字				TEL 9 2 ー	
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>和 泊 町 長 殿</p> <p>上記のとおり特別地域加算に係る利用者負担額軽減対象の申請をします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 和泊町大字</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟ TEL 92-</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	