

記入例

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	ミト 知	保険者番号	372086			
	三豊 太郎	被保険者番号	000733017			
生年月日	昭和12年8月21日	性別	男	<input checked="" type="radio"/> 女		
住所	〒 767-0011 三豊市高瀬町下勝間 2 3 7 3		電話番号	73-3017		
利用者負担額 減免申請理由	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇					
	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	〇〇〇 〇〇〇	〇〇〇	男	○	
	世帯員	〇〇〇 〇〇〇	〇〇〇	女		
様						
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。						
平成24年 3 月 3 日						
住所		〒 767-0011	三豊市高瀬町下勝間 2 3 7 3	電話番号		
申請者				73-3017		
氏名		三豊 太郎				

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	