

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			
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。				
年 月 日				
住所 〒 _____		電話番号 _____		
申請者 _____				
氏名 _____				

保険者記入欄

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