

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			確認番号								
			被保険者番号	3	4	3	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒										
	電話番号										
利用者負担額 軽減理由											
		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		年 月 日								
	世帯員		年 月 日								
			年 月 日								
			年 月 日								
<p style="text-align: center;">九度山町長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額負担軽減対象の確認を申請します。 また、本申請の審査に必要があるときは、私及び世帯員の課税状況等について公簿等で調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩ 電話番号</p>											

※添付書類 収入等申告書

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	（生計中心者等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	