

《記入例》

様式第2号(第5条、第7条関係)

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事業)						
申請区分 新規・更新・再発行						
フリガナ 被保険者氏名	カワネモト イチロウ 川根本 一郎	確認番号				
生年月日	大正11年 9月20日生	被保険者番号	0001234567			
住所	〒428-0313 川根本町上長尾123 電話番号0547(56) 0000					
利用者負担額 軽減申請理由	住民税非課税世帯で、軽減要件を満たしているため。					
	氏名	生年月日	続柄	生計中心者に○をつけてください		
世帯構成	世帯主	川根本 一郎	T10・9・20	本人	○	
	世帯員	川根本 花子	T12・3・15	妻		
			・	・		
			・	・		
あて先 川根本町長 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。 5 年 6 月 30 日 住所 川根本町上長尾123 申請者 氏名 川根本 一郎 電話番号 0547(56) 0000						
※町記入欄						
交付年月日	備考					
年 月 日						
適用年月日						
年 月 日から						
有効期限						
年 月 日まで						

※町にて記入しますので、記入しないでください。