

離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		-----	確認番号											
			被保険者番号	0	0	0								
生年月日		明・大・昭	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		住民税非課税のため(被保険者本人分)												
		氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付ける。									
世帯構成	世帯主		M・T・S	男・女										
	世帯員		M・T・S	男・女										
			M・T・S	男・女										
			M・T・S	男・女										
<p>川根本町長 様</p> <p>上記のとおり、離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所： 電話番号</p> <p>氏名：</p>														

※ 町記入欄

交付年月日	備考	(本人の町民税課税状況を把握)
年月日		
適用年月日		
年月日から		
有効年月日		
年月日まで		