

様式第2号(第5条、第7条、第8条関係)

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				確認番号								
被保険者氏名				被保険者番号								
生年月日		年 月 日						性別		男・女		
住所		郵便番号 ー						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○ を付ける。				
世帯 構 成	世帯主					男・女						
	世帯員					男・女						
						男・女						
						男・女						
あて先 川根本町長 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。 年 月 日 申請者 住所： 電話番号 氏名：												
※ 町記入欄												
交 付 年 月 日			備 考	(本人の町民税課税状況等を把握)								
年 月 日												
適 用 年 月 日												
年 月 日から												
有 効 年 月 日												
年 月 日まで												