

<<記入例>>

様式第2号(第5条、第7条関係)

該当する申請区分に○をつけてください

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 川根本	イチロウ 一郎	確認番号		
			被保険者番号	0001234567	
生年月日	昭和11年	9月	20日生	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
住所	〒428-0313 川根本町上長尾123 電話番号 (56) 1234				
利用者負担額軽減申請理由	住民税非課税世帯で、軽減要件満たしているため				
	氏名	生年月日	性別	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	大正10・9・20	男	<input checked="" type="radio"/>
	世帯員	川根本 花子	大正12・3・15	女	<input type="radio"/>
			・	・	
		・	・		<input type="radio"/>
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。					
令和 ○年 ○月 ○○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 (56) 1234					

※市(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	

※市(町)にて記入しますので、記入しないでください。