

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		-----		保険者番号	2 2 2 1 1 7
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由					
		氏 名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けて下さい。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
<p>磐田市長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号</p>					

磐田市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者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	