

様式第1号(第5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措置)

フリガナ 被保険者氏名	タガミ タロウ	確認番号	△△△			
	田上 太郎	被保険者番号	00000123**			
生年月日	昭和17年〇月〇日	性別	男・女			
住所	〒959-1503 田上町大字原ヶ崎新田〇〇〇〇番地〇					
利用者負担額軽減申請理由	負担の軽減を受けないと生計の維持が困難であるため。					
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に〇をつけて下さい		
世帯構成	世帯主	田上 太郎	昭和17年〇月〇日	男	〇	
	世帯員	田上 花子	昭和21年〇月〇日	女		
<p>(あて先) 田上町長 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。 平成〇年〇月〇日 住所 田上町大字原ヶ崎新田〇〇〇〇番地〇 申請者 電話番号 0256-57-△△△△ 氏名 田上 太郎</p>						

町記入欄

交付年月日	備考
平成 年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
平成 年 月 日 から	
有効期限	
平成 年 月 日 まで	