

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				確認番号						
被保険者氏名				被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日						
住所	〒				電話番号	()				
利用者負担額 軽減申請理由										
	氏	名	生	年	月	日	生計中心者に○をつけてください			
世帯構成	世帯主									
	世帯員									
<p>鹿沼市長宛</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>										

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