

**医療法人等利用者負担助成対象確認申請書**  
 （医療法人等による利用者負担の助成措置）

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 減免申請理由							
	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						
	世帯員						
鹿 沼 市 長 宛 上記のとおり医療法人等による利用者負担額の助成対象の申請をします。 平成 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 印 電話番号							

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)