

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						
<p>鹿沼市長宛</p> <p>上記のとおり医療法人等による利用者負担の助成対象であることの確認を申請します。 また、次期の対象確認申請期間中に新規申請を行う場合は、今期及び次期分の申請を兼ねることへ同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p align="right">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
	令和 年 月 日	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	(生計中心者の所得状況等を把握)