

記入例

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書
（社会福祉法人による利用者負担の軽減措置）

フリガナ	カヌマ タロウ	確認番号										
被保険者氏名	鹿沼 太郎	被保険者番号				1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明・大・昭 23 年 10 月 1 日											
住所	〒322-8601 栃木県鹿沼市今宮町 1688-1					電話番号	0289 （ 64 ） 2111					
申請の理由	所得が低い											
	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	鹿沼 太郎	昭和 23 年 10 月 1 日		○							
	世帯員	鹿沼 次郎	昭和○年○月○日									
鹿沼市長宛												
上記のとおり社会福祉法人による利用者負担の軽減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書に被保険者本人の住所・氏名等を記入してくださいを兼ねることへ同意します。												
令和 ○年 8 月 1 日												
住所 栃木県鹿沼市今宮町 1688-1												
申請者 氏 名 鹿沼 太郎 電話番号 0289 （ 64 ） 2111												

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）