

別記第2号様式(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制度)

		個人番号														
フリガナ		保険者番号						1	5	2	1	1	6			
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															
利用者負担軽減申請理由																
	氏名				生年月日				市町村民税課税状況							
世帯構成	世帯主									有 ・ 無						
	世帯員									有 ・ 無						
										有 ・ 無						
										有 ・ 無						
<p>(宛先) 見附市長</p> <p>上記のとおり、社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請をします。 また、軽減対象決定のために、本人及び世帯の課税状況、資産の状況その他について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>																

市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日				
適用年月日				
年 月 日から				
有効期限				
年 月 日まで				
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係