

様式第 1 号（第 6 条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ				保険者番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 電話番号				
利用者負担軽減申請理由					
		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				
中 井 町 長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減の申請をします。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電 話					

※町記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	

※裏面も記入してください。

収入等の状況	
年間の収入金額	本人 円
	世帯（本人以外） 円
預貯金等の状況	本人 円
	世帯（本人以外） 円
住居以外の土地・ 家屋の状況	
扶養者の有無	有（非課税・課税） ・ 無