# 様式第１号(第４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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 確認番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額軽減申請理由 |  |
|  | 氏　　　　名 | 生　年　月　日 | 性　別 | 生計中心者に○をつけて下さい |
| 世　帯　構　成 | 世　帯　主 |  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
| 世　帯　員 |  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
|  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
|  | 年　　月　　日 | 男・女 |  |
| 八頭町長　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対象確認を申請します。　　　　なお、町が被保険者及び被保険者の属する世帯の世帯員等の軽減決定に係る調査に必要な台帳等を閲覧することに同意します。年　　　月　　　日　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　氏名 |

　　　町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交　付　年　月　日 | 備　　　　　　　考 |
| 年　　月　　日 | （生計中心者の所得状況等を把握） |
| 適　用　年　月　日 |
| 年　　月　　日から |
| 有　効　期　限 |
| 年　　月　　日まで |