様式第３号（第４条関係）

社会福祉法人等利用者負担減免対象確認証交付申請書

（離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額措置）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 確認番号※ | | | |  |
| 被保険者氏名  （減免対象者名） | |  | | | 被保険者番号※ | | | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 老齢福祉年金受給の有無 | | | | 有・無 | |
| 住所 | |  | | | | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 年度の町民税課税の有無 | | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | 年　　月　　日 | | |  | 有・無 | | |
| 世帯員 |  | 年　　月　　日 | | |  | 有・無 | | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有・無 | | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有・無 | | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有・無 | | |
| 八頭町長　　　　様  社会福祉法人等による利用者負担減免対象確認証の交付を受けたいので、上記のとおり申請します。  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  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | |

町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　交付年月日 | 年　　月　　日 | ※　備考 |
| ※　適用年月日 | 年　　月　　日から |  |
| ※　有効期限 | 年　　月　　日から |

※印の欄は、町処理欄ですので、申請者の記入は不要です。