

様式第 2 号

社会福祉法人等による利用者負担減免対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担減免措置)

フリガナ				確認番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別 男・女
住所					
利用者負担額 減免申請理由					
		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				
	世帯員				
<p>千早赤阪村長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減免を申請します。</p> <p>つきましては、被保険者本人及び世帯員等の収入状況等について、貴村が調査することについて、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

※ 村記入欄

交付年月日	
適用年月日	
有効期限	