

様式第1号（第8条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減制度対象確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減）

フリガナ 被保険者氏名				確認番号					
				被保険者番号					
生年月日		明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住所		〒			電話番号				
利用者負担額 軽減申請理由 （具体的に）									
		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	①							
	世帯員	②							
		③							
		④							
		⑤							
宛先 各務原市長									
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の申請をします。									
年 月 日									
住所									
申請者 氏名									

市記入欄

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	