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）

ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名		確認番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	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○をつけてください
世帯構成	世　帯　主				
	世　帯　員				

外ヶ浜町長　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減額の減免の申請をします。

令和　　年　　月　　日

申請者
住　所
氏　名　　㊞　　電話番号

町記入欄

交付年月日	備考
R　年　月　日	（所得分布の状況等を記入）
適用年月日	
R　年　月　日から	
有効期限	
R　年　月　日まで	