

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

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	電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
区 分	氏 名	生年月日	性別
世帯構成	世帯主		
	世帯員		
<p>甲良町長 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軽減対象の申請をします。 なお当該申請に伴い、私並びに上記世帯員の市町村民税の課税の状況を把握されることについて同意します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 障害年金や遺族年金等、町民税の課税対象 とならない年金等 ⇒ 受給有 ・ 受給無 </div> <p style="text-align: right;">※いずれかに○をしてください</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印 電話番号</p>			

町:記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯員の町民税課税状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	