

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

被保険者番号、フリガナ、氏名、生年月日、性別、住所は記載してありますが、誤りのある場合には、申し訳ございませんがご訂正願います。

マイナンバーをお書きください。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																		
生年月日		個人番号																		
住 所	〒										性 別									
										電話番号										

電話番号をお書きください。

利用者負担額
軽減申請理由

ご記入の必要はありません。

		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				

同居のご家族全員をお書きください。

飯田市長 佐藤

上記のとおり

記入時の日付をお書きください。

利用者負担額の軽減対象を申請します。

年 月 日

電話番号をお書きください。

申請者
住所
氏名

申請者は、被保険者の氏名をお書きください。代筆可ですが自署以外は押印してください。

電話番号

市（町村）記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考
適用年月日	年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
有効期限	年 月 日 から	
	年 月 日 まで	