

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)

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号																			
	生年月日	年	月	日	年	月	日													

住所	〒														
		電話番号													

確認番号、 利用者負担額 減額申請理由	ご記入の必要はございません。																		
---------------------------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

長野県飯田市長 宛
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確認を申請します。
なお、上記申請内容に関し、被保険者及びその世帯員の資産並びに収入の状況について、
市民税申告書等を閲覧することに同意します。

年 月 日

〒

住所

申請者

氏名

電話番号

申請日をご記入ください。

被保険者の住所、氏名、電話番号をご記入ください。
代筆の場合は押印してください。

		氏名	生年月日	受給者との 関係	生計中心者に○を つけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員	同居のご家族全員をご記入ください。			

市町村記入欄

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	