

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		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日生	電話番号	() -
住 所	(郵便番号 -)		
利用者負担額 軽減申請理由			
	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	年 月 日生	
	世帯員	年 月 日生	
		年 月 日生	
		年 月 日生	

松前町長 様

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申請をします。
 なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、収入額、資産(預貯金・不動産等)及び扶養の有無等について調査することに同意します。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

電話番号(連絡先) () -

続 柄()

処理欄(記入しないでください。)

交付年月日	備 考	受 付
年 月 日	区 分	
	(1)町民税世帯課税状況	課税・非課税
適用年月日	(2)世帯収入状況	円
年 月 日	(3)世帯預貯金額	円
から	(4)不動産等活用状況	有 ・ 無
有効期限	(5)扶養関係	有 ・ 無
年 月 日	(6)保険料滞納	有 ・ 無
まで	(7)旧措置入所者の場合	利用者負担 %