様式第1号(第6条関係)

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)

|  |  |
| --- | --- |
| 新規・更新 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 保険者番号 | 　 | 3 | 8 | 3 | 8 | 6 | 9 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒　　　電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 利用者負担額軽減申請理由 | 　 |
| 　久万高原町長　　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を申請します。　なお、申請に当たり、世帯等の個人住民税の課税状況及び収入額を担当職員が確認することに同意します。　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　住　所　　　申請者　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　 |

町記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　　月　　日 | 　 |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日まで |