

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措置)

フリガナ				確認番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生				性別	男 ・ 女	
住所等	〒 ー 電話番号 ()						
申請理由							
世帯構成	世帯主	氏 名	生年月日	性 別	年間収入等		預貯金等の額
				男 ・ 女	収 入 の 種 別	収入額又は所得額	
	世帯員			男 ・ 女			
				男 ・ 女			
				男 ・ 女			
				男 ・ 女			
				男 ・ 女			
				男 ・ 女			
金山町長 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を受けたいので、軽減対象確認の申請をします。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 電話番号 ()							

※上記申請内容については、事実と相違ないことを申出致します。

尚、私に関する税情報を町が調査することについても同意致します。

年 月 日

氏名

印