

様式第2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措置)

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号																			
	生年月日																			
住所	電話番号																			
備考																				
平川市長 様 前のお通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。  年 月 日 千 住所 申請者 電話番号 氏名																				

		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				

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	

様式第3号(第6条関係)

同 意 書

利 用 者 氏 名	
申 請 の 内 容	社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請

「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請」に伴い、必要があるときは、本人及びその属する世帯等の課税状況につき、貴市が官公署に調査し、その報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

同 意 者 利用者との続柄 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

平川市長 様