

第1号様式

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										
	個人番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	電話番号										
利用者負担額 :軽減申請理由											
	氏名	生年月日			性別	保険料の 段階					
世帯 構成		M・T・S			男・女						
		M・T・S			男・女						
		M・T・S			男・女						
		M・T・S			男・女						
		M・T・S			男・女						
<p>(宛先) 防府市長</p> <p>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申請をします。</p> <p>なお、申請に関し、世帯員の収入状況、資産状況を調査されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名</p>											

市記入欄

交付年月日	備 考	
年 月 日	低所得	適 〔 25 % 50 %                     〕 否
適用年月日	サービス費	
年 月 日 から	食費・居住費(滞在費)	
有効期限	生保	100 %
年 月 日 まで	居住費・滞在費のみ	