

社会福祉法人利用者負担額軽減申請書

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	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	生計中心者に○をつけてください。
世 帯 構 成	世 帯 主		年 月 日	男・女	
	世 帯 員		年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
益田市長 様 上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 申 請 者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話番号[]					

※ 市記入欄

確認証交付年月日	備 考
令和 年 月 日	(世帯の所得状況を把握)
適用年月日	
令和 年 月から	
有効期限	
令和 年 月まで	