

社会福祉法人利用者負担額軽減申請書

フリガナ	マダ タロウ	確認番号			
被保険者氏名	益田 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
生年月日	昭和20年 1月 1日	性別	(男) ・ 女		
住所	〒698 - 8650 益田市常盤町1番1号 電話番号[0856-1234-5678]				
利用者負担額軽減 申請理由	(例) 年金収入のみで所得が少なく、生計困難なため。				
	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	益田 太郎	昭和20年 1月 1日	(男) ・ 女	○
	世帯員	益田 花子	昭和25年 10月 10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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者住所 益田市常盤町1番1号 (被保険者) 氏名 益田 太郎 電話番号[0856-1234-5678]					

※ 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	