

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制度)

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																	
対馬市長 様 前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確認を申請します。 年 月 日 〒 住所 申請者 電話番号 氏名																	
送付先 住所																	
氏名 電話番号																	

		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	市町村民税課税状況（非課税・課税）
適 用 年 月 日	総収入額： 円 預貯金総額： 円
年 月 日 から	未納介護保険料（有・無）
有 効 期 限	社会福祉法人軽減対象（該当・非該当）
年 月 日 まで	確認番号：