

# 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)

個人番号

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭          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			
	世帯員			
<p>飛騨市長 あて</p> <p>上記の通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、申請の審査に関し必要な税務調査をすることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年          月          日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>				

## 保険者記入欄

交付年月日	備 考
年   月   日	
適用年月日	
年   月   日 から	
有効期限	
年   月   日 まで	