

様式第2号（第6条関係）

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書  
 （離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減制度）

フリガナ		保険者番号							
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									
<p>小豆島町長 様</p> <p>上記のとおり、離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>申請者 電話番号( ) —</p> <p>氏 名 印</p>									

保険者記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(本人の市町村民税課税状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	