

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	確認番号	
	被保険者番号	

生年月日	年 月 日生
------	--------

住所	(郵便番号 ー )
----	-----------

利用者負担額 軽減申請理由	
------------------	--

		氏 名	生 年 月 日	生計中心者に○を付けてください
世帯 構 成	世帯主		年 月 日生	
	世帯員		年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	

- ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産が(あります・ありません)
- ・負担能力のある親族に扶養されています(います・いません)

※当てはまる方に○を付けてください

小豆島町長 殿

上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減対象の確認申請をします。

年 月 日

住 所

申請者

電話

氏 名

町記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の所得状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日から	
有効期限	
年 月 日まで	