

【記載例】:

様式第3号（第6条、8条）

消えるボールペンは使用しないでください。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

| | | | | |
|------------------|---------------------------|-------|------------|------------------------------------|
| フリガナ | オオタ ハナ | | | |
| 被保険者氏名 | 太田 はな | | | |
| 生年月日 | 大正9年5月26日 | | | |
| 住所 | 〒313-0013 常陸太田市山下町○○○ | | | |
| 利用者負担額 軽減申請理由 | (生計が困難) 生活保護受給 その他() のため | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 生計中心者に○をつけて下さい |
| 世帯構成 | 世帯主 | 太田 はな | 大正9年5月26日 | 女 <input checked="" type="radio"/> |
| | 世帯員 | 太田 とし | 大正14年1月10日 | 女 <input type="radio"/> |
| | | | | |
| | | | | |

該当するものに○をつけてください。

その他の場合は、理由をご記入ください。

常陸太田市長様

上記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申請をします。
令和〇年〇月〇日

申請者 住 所 常陸太田市山下町○○○
氏 名 太田 はな 電話番号 72-〇〇〇〇

市記入欄

| | |
|----------------|---|
| 交付年月日 | (生計中 申請者欄は被保険者の住所・氏名・ 電話番号をご記入ください。 |
| 令和 年 月 日 | |
| 適用年月日 | |
| 令和 年 月 日 から | |
| 有効期限 | |
| 令和 年 月 日 まで | |

※この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること。