

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事業)

申請区分 新規・更新・再発行

フリガナ 被保険者氏名			確認番号	記入しなくて結構です
			被保険者番号	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生
性別	男・女			
住所	〒 〇〇〇 御殿場市 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	・	・	
		・	・	
		・	・	
御殿場市長 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。				
年 月 日				
住所				
申請者				
氏名 印 電話番号 ()				

※御殿場市記入欄 (以下の欄は御殿場市にて記入しますので、記入しないでください)

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	