

様式第2号(第6条関係)

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・再交付

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		性別	男・女	
住所	〒		電話番号 ( )		
利用者負担額 軽減申請理由					
	氏名	続柄	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください
世帯構成			・	・	
			・	・	
			・	・	
			・	・	
			・	・	
<p>御殿場市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 印 電話番号 ( )</p>					

※市記入欄(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	