

様式第2号(第7条、第10条、第11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)

フリガナ				確認番号	
被保険者氏名				被保険者番号	
個人番号					
生年月日		年 月 日生		性別	男・女
住 所		郵便番号		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○印
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
<p>南丹市長 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の軽減対象の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏 名 ⑩</p>					

※本人の自署でない場合は、記名押印をしてください。

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	