

令和 8 年度

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ			保険者番号					3	0	2	0	2	6
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0							
生 年 月 日	(明 ・ 大 ・ 昭)		年	月	日								
住 所	〒 海南市 電話番号												
利用者負担額 軽減申請理由													
		氏 名	生年月日		生計中心者に ○をつけてくだ さい。		市民税課税状況の確 認についてどちらかに ○をつけて下さい。						
世帯 構 成	世帯主		(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
	世帯員		(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
			(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
			(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
			(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
			(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日生				同意する ・ 同意しない						
海南市長 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 年 月 日 申請者名(被保険者) 申請書提出者 本人との関係 連絡先													

市記入欄

交付年月日	備考
年 月 日	(世帯の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	