

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	エビナ タロウ		保険者番号	142158	
被保険者氏名	海老名 太郎		被保険者番号	0000999999	
生年月日	昭和 2年 1月 1日		性別	男	
住 所	〒243-0492 海老名市勝瀬175番地の1 電話番号 046-231-2111				
利用者負担額 減免申請理由	市県民税非課税世帯であり、収入が少ないため				
	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	海老名 太郎	昭和2年1月1日	男	○
	世帯員	海老名 花子	昭和7年1月1日	女	
		海老名 次郎	昭和45年1月1日	男	
<p>海老名市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて社会福祉法人利用者負担軽減確認を申請します。</p> <p>令和3年6月30日 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">記入日を書いてください。</span></p> <p>申請者 住所 〒243-0492 海老名市勝瀬175番地の1 氏名 海老名 太郎</p> <p style="text-align: right;">電話番号 046-231-2111</p>					

保険者記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(世帯の収入状況等を把握)
適用年月日	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>海老名市で記入しますので、 なにも書かないでください。</p> </div>
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	