

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		保険者番号	1 4 2 1 5 8	
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	年 月 日	性別		
住 所	〒 電話番号			
利用者負担額 減免申請理由				
	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			
	世帯員			
<p style="text-align: center;">海老名市長様</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">氏名</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	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	