

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書 (離島等地域減額用)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	
住 所	〒 電話番号		
利用者負担額 軽減申請事由			
<p>山口県萩市長 あて</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。 なお、本申請に関し、私の収入等の状況について、調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名</p> <p style="text-align: right;">代筆者(申請者) 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">本人との関係</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>			
確認証等送付先	1 被保険者 2 申請者 3 施設等		
	4 その他 住所 〒 氏名		

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	<input type="checkbox"/> 年度市民税課税状況 課税 ・ 非課税 年 月 日確認済 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 障がい者ホームヘルプ支援措置及び社福利用者負担軽減措置 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 要介護度（認定期間）： ()
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	