

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措置)

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
		生年月日																	
住 所	〒																		
	電話番号 ()																		
利用者負担額 減免申請理由																			
浜中町長 様 上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額の軽減対象の確認について申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()																			

町記入欄 (記入しないでください。)

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