様式第２号（第６条関係）

**社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書（新規申請・更新申請）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | **０** | **８** | **２** | **１** | **９** | **８** |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） |
| 利用者負担額減額申請理由 |  |
|  | 氏　　名 | 生年月日 | 性　別 | 生計中心者に○をつけてください |
| 世 帯 構 成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 牛 久 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減免対象の申請をします。　令和　　年　　月　　日　　　　　　〒　　　　　住所　申請者　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　電話番号　　　（　　） |

　**牛 久 市 記 入 欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 確 認 事 項 | 交付年月日 |
| 令和　　年　　月　　日 |
| 確 認 欄 |
| 有効期限 |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　から |
| 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　まで |
| 減免内容 |  |
|