様式第3号(第7条関係)

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担額の軽減措置)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | 確認番号 | | | |  |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 被保険者番号 | | | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 性別 | | 男　・　女 | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | |
| 利用者負担額軽減申請理由 | |  | | | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | 性別 | | 生計中心者に○を付けてください | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  | |  | |  | |
| 世帯員 |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 三次市長様  　上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。  　　　　　年　　月　　日  　　　　住所  　申請者  　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　電話番号 | | | | | | | | |

※本人が氏名を自署しない場合は、記名押印してください。

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | (生計中心者の所得状況等を把握) |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |