社会福祉法人等利用者減免対象確認（申告）申請書

（社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		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告書	① 預貯金等の額　　円 ② 日常生活に供する資産以外に活用できる資産　　ある・ない		

		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				
	世帯主				

中川町長　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。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　印　　電話番号

中川町記入欄

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	