

様式第2号（第4条関係）

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軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名					確認番号		
					被保険者番号		
生年月日		年 月 日生			性別	男・女	
住 所		〒 電話番号					
利用者負担 軽減申請理由							
世帯 構 成		氏 名	生年月日	性別	年間収入額	現在の預貯金等額	資産の有無
	世帯主				円	円	有・無
	世帯員				円	円	
					円	円	
					円	円	
黒石市長 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 電話番号 氏名							

※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	

同 意 書

利用者	住 所	
	氏 名	
申 請 内 容	社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請	

「社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請」に伴い、必要があるときは、本人及びその属する世帯の世帯員の課税状況等につき、貴市が官公署等に調査し、その報告を求めることに同意します。

年 月 日

黒石市長 様

同意者

住所：_____

氏名：_____

利用者との続柄：_____ 電話番号