

様式第4号（第20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の軽減措置）

フリガナ		確認番号						
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男・女			
住所	〒 佐用町 電話番号							
利用サービス								
利用者負担額軽減申請理由								
	氏名	生年月日	性別	申請者との続柄	生計中心者に○をつけてください			
世帯構成	世帯主	明・大・昭・平	年	月	日	男・女		
	世帯員	明・大・昭・平	年	月	日	男・女		
		明・大・昭・平	年	月	日	男・女		
		明・大・昭・平	年	月	日	男・女		
		明・大・昭・平	年	月	日	男・女		
佐用町長 様 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。なお、申請にあたり私の所得状況について調査されることに同意します。 令和 年 月 日 住所 佐用町 申請者 氏名 ..... 印 ..... 電話番号 .....								

町記入欄

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 年 月 日 まで	
	社福 10%軽減 本人非課税 添付書類なし	