

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 被保険者氏名			確認番号						
			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				
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、申請にあたり私及び同居の家族（同一世帯員）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	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	社福 25%軽減 非課税世帯 添付書類：世帯員全員の通帳の写し	
まで		

【 裏面の記載もお願いします 】