

(様式第2号)

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請書

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	
被保険者住所	〒						
利用者負担額 軽減申請理由	電話番号						
	氏名	生年月日	性別	生計中心者につけてください			
世帯構成	世帯主			男・女			
	世帯員			男・女			
				男・女			
				男・女			
				男・女			
<p>太宰府市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担額の軽減の申請をします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 電話番号</p>							

社会福祉法人利用者負担軽減対象者確認証の交付のために必要があるときは、市が私及び私の世帯員の所得状況について、調査することに同意します。

被保険者氏名 _____ 印

起案	平成 年 月 日	担当	係長	課長	備考
下記のとおり決定してよろしいか。					
決定区分	承認・非承認	軽減率	1 / 4		
適用期間	平成 年 月 日から	有効期限	平成 年 月 日まで		
交付年月日	平成 年 月 日				