

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書

(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

被保険者番号	0	0	0	0						確認番号		
フリガナ												
被保険者氏名												
生年月日	明・大・昭			年			月			日		
住 所	〒 電話番号											
利用者負担額 軽減申請事由												
氏 名	生 年 月 日			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						
	世帯員		明・大・昭・平			年 月 日						
			明・大・昭・平			年 月 日						
			明・大・昭・平			年 月 日						
			明・大・昭・平			年 月 日						
<p>摂津市長 様</p> <p>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。 私の収入・資産等申告額は、裏面記載のとおり相違ありません。なお、利用者負担軽減対象確認処理のために必要がある場合は、保険者が私及び私の世帯員にかかる所得や資産の状況等について調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 電話番号</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>※氏名欄には被保険者本人の氏名を記入してください。</p>												

※以下市役所使用欄

世帯状況	減額可否	交付年月日	適用年月日	有効期限	軽減割合
	承認 非承認	年 月 日	年 月 日 から	年 月 日 まで	/ 100
担当者 確認欄	保険料滞納 (無 ・ 有)				