

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措置)

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0	0						
被保険者氏名	⑩		個人番号											
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住 所														
軽減申請理由	1. 特に生計が困難なため			2. その他()										
世帯構成	氏 名			生年月日	性別	生計中心者に○								
世帯主														
世帯員														
佐那河内村長 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 申請者 住所 電話番号 氏名 印 () ー														

佐那河内村記入欄

交付年月日	年 月 日	住民税課税	課税	・	非課税
適用年月日	年 月 日	世帯の年間収入	人世帯		円
有効期間	年 月 日	預貯金	人世帯		円
判定結果	該当 ・ 非該当	活用できる資産	有	・	無
		親族等の扶養	有	・	無
		介護保険料の滞納	有	・	無