

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制度）

フリガナ			保険者番号		3	6	2	0	4	6
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	年 月 日生		性別	男・女						
住所	〒 電話番号（ ） —									
利用者負担額 軽減申請理由										
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○をつけてください。						
世帯構成	世帯主	年 月 日生	男・女							
	世帯員	年 月 日生	男・女							
		年 月 日生	男・女							
		年 月 日生	男・女							
阿南市長 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を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号（ ） —										

※ 太枠内のみご記入ください。

阿南市 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 まで	