

社会福祉法人等による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		0	6	2	0	4	2
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住 所	〒 電話番号								
利用者負担額 軽減申請理由									
		氏 名	生年月日	備 考					
世帯 構成	世帯主								
	世帯員								
<p>酒田市長 あて</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します。 なお、社会福祉法人等利用者負担軽減の決定に際し、私及び私の世帯の収入、 課税状況等を調査することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏名</p>									

酒田市記入欄

交付日	年 月 日	世帯の所得状況 令和 年度分 市民税 非課税・課税 ()
適用日	年 月 日から	
有効期限	年 月 日まで	