

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（例）

（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ				確認番号			
受給者（対象者） 氏名				受給者 証番号			
生年月日	明・大・昭・平	年	月		日生		
住 所		(〒 -)			電話番号		
		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に をつけて下さい。		
世帯 構成	世帯主						
	世帯員						
<p>市（町村）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確認を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 電話番号</p>							

- （注）1 太線の枠内を記入してください。
2 必要書類を添付して申請してください。