

様式第1号(第5条関係)

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	
被保険者氏名		被保険者番号	
		生活保護受給	有 無
生年月日			
住 所	〒 電話番号		
利用者負担 軽減申請理由			
世 帯 構 成	氏名	生年月日	生計中心者に○をつけてください。
世帯主 世帯員			
さぬき市長 殿 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認の申請をします。 年 月 日 住所 〒 申請者 氏名			

保険者記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
軽減措置の適用期間	
年 月 日 から 年 月 日 まで	