

様式第2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事業)

フリガナ				確認番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日		年	月	日	性別	
住所		〒 — TEL				
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					
	世帯員					
(注意) 世帯構成欄には被保険者も記入してください。						
(宛先) 湖西市長 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申請をします。						
年 月 日						
住所						
申請者 TEL						
氏名						

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	