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 被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	年　月　日
住所	〒 電話番号		
備考	（確認番号） （利用者負担額減額申請理由）		

蓮田市長　様

前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。

年　月　日

〒

住所

申請者　　電話番号

氏名

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に〇をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

市町村記入欄

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	