

社会福祉法人等利用者負担対象確認申請書

年 月 日

湧水町長 様

申請者 住所
名称

印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の申請をします。

被保険者氏名		生年月日		被保険者番号	
住 所	(郵便番号 ー) 電話番号 ー				
利用者負担軽減 申請理由					
世帯構成	氏 名	生年月日	生計の中心者に○印を 付けてください。		

町記入欄

交付年月日	(生計中心者の所得状況)
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	
有効期限	
年 月 日	