様式第2号（第7条関係）

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 確認番号 |  |
| 氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 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 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 丸亀市長　宛上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減対象の確認申請をします。　　　　　　年　　月　　日住所申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　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 |