

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証交付申請書

フリガナ 被保険者氏名 (軽減対象者名)		確認番号												
		被保険者番号※												
		個人番号												
生年月日	年	月	日	老齢福祉年金受給の有無	有・無									
住所	〒 -													
		氏名	生年月日		年度の市町村民税課税の有無									
世帯構成	世帯主		年 月 日		有・無									
	世帯員		年 月 日		有・無									
			年 月 日		有・無									
			年 月 日		有・無									
			年 月 日		有・無									
<p>北栄町長 手嶋 俊樹 様</p> <p>社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証の交付を受けたいので、上記のとおり申請します。なお、確認に必要な市町村民税、資産等の調査を町が行うことについて同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>														

町記入欄

※交付年月日	年 月 日	※ 備考
※適用年月日	年 月 日から	
※有効期限	年 月 日まで	

※印の欄は、市町村処理欄ですので、申請者の記入は不要です。