

様式第1号（第8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）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	283010
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒 電話		
利用サービス	1 特別養護老人ホーム 2 在宅サービス		
利用者負担額 軽減申請理由	第3条に規定する対象者であるため。		
猪名川町長 様 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を申請します。 また、別紙のとおり申告するとともに認定に必要な所得状況等について、猪名川町が調査することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 ④ 電話番号			

（注）1 町が定める申告書の提出が必要です。また、その申告内容を証明する書類（通帳、医療被保険者証又は年金額決定通知等）の写しを添付してください。