

## 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軽減制度)

寒河江市長 殿

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象確認申請をします。

										年度	
被保険者	被保険者証番号									申請年月日	年 月 日
	フリガナ									生年月日	明治
	氏名										大正
	住所	〒 —								電話番号 ( )	昭和
軽減申請理由	1 市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 2 世帯の収入見込金額が基準額以下である等の要件に該当する者 3 生活保護受給者等										

※申請者が本人の場合は、記入不要です。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	被保険者との関係	
	<input type="checkbox"/> 家族	〒 —	電話番号 ( )	

なお、要件確認のために必要な場合には、寒河江市が私(被保険者)及び私の世帯員並びに扶養者の収入状況等について調査することに同意します。

申請者署名

世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	備考	

【寒河江市処理欄】

保険料納付状況		滞納なし・あり(1年未満・1年以上) / 一部納付 / 納付契約書		
決定内容	軽減 ・ 却下	備 考		収 受
適用年月日	年 月 日			
有効期限	年 月 日			