

社会福祉法人等利用者負担軽減認定申請書

（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				確認番号			
				被保険者番号			
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日生		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						
浜田地区広域行政組合 管理者 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の申請をします。							
年 月 日							
住所 電話番号							
申 請 者 氏名							

浜田地区広域行政組合記入欄

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	