

社会福祉法人等利用者負担軽減確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

確認番号				個人番号																
フリガナ					被保険者番号															
被保険者氏名					生年月日				年	月	日									
住所	〒																			
	TEL - -																			
法人名及び	法人名称									利用サービス										
利用サービス																				
	氏名									生年月日			続柄		生計中心者に○を					
世帯構成	世帯主										年 月 日									
	世帯員										年 月 日									
											年 月 日									
											年 月 日									
<p>伊丹市長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒</p> <p style="text-align: right;">TEL</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">続柄</p>																				

市記入欄

交付年月日	年 月 日	世帯の所得状況等 1. 老齢福祉年金受給者(市民税非課税世帯) ・預貯金総額 円 2. 生活困窮者(市民税非課税世帯) 収入・預貯金等把握 ・収入総額 円 ・預貯金総額 円 ※生活保護受給確認 (有・無)	
適用年月日	年 月 日から		
有効期限	年 月 日まで		
添付書類確認 ・源泉徴収票・年金支払通知書等 ・預貯金通帳コピー ・健康保険証コピー ・その他			確認者