

様式第2号（第5条第1項、第7条第3項及び第8条第2項関係）

（用紙 日本産業規格A4縦型）

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事業）

申請区分 新規・更新・再発行

被保険者番号								確認番号		
フリガナ										
被保険者氏名										
生年月日	明・大・昭 年 月 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				
世帯構成	世帯主			・ ・						
	世帯員			・ ・						
				・ ・						
<p>伊豆の国市長 宛</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の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号 ( )</p>										

※市記入欄（市にて記入しますので、記入しないでください。）

適用日	年 月 日から	有効期限	年 月 日まで
交付日	年 月 日	備考	