

様式第2号（第7条関係）（日本工業規格A4縦型）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
（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	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	年間収入額	預貯金額	資産の有無	扶養の有無
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
朝日村長 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申請をします。 また、上記の申請内容について事実と相違ありません。						
年 月 日						
住所						
申請者				電話番号		
氏名						

市（町村）記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

様式第4号（第10条関係）（日本工業規格A4縦型）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書

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		

再交付申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他（ ）
<p>朝日村長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証の再交付の申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>	

市（町村）記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限
年 月 日	年 月 日から	年 月 日まで

この申請書の提出にあたっては、被保険者証を提示又は被保険者証の写しを添付すること

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証記載事項変更届

年 月 日

朝 日 村 長 様

氏名 印

社会福祉法人等による利用者負担軽減確認証の記載事項を変更したので、次のとおり届け出ます。

住 所	新	〒 (電話番号)
	旧	〒 (電話番号)
フリガナ 氏 名	新	
	旧	

この変更届の提出にあたっては、被保険者証を提示するとともに、認定証を添付すること。