

様式第3号

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措置)

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者 番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女
住所	〒 ー 電話番号		
利用者負担額 軽減申請理由			
	氏 名	生 年 月 日	性 別
世帯構成	世帯主		男・女
	世帯員		男・女
			男・女
			男・女
<p>(あて先) 川口市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>氏名 電話番号</p>			

市記入欄

交付年月日	確 認 欄		審 査 結 果
年 月 日	市民税課税状況	課税・非課税	承認・不承認
適用年月日	高齢福祉年金	受給・受給無	不承認理由
年 月 日 から	生活保護	受給・受給無	1 収入要件に非該当 2 預貯金等要件に非該当 3 資産要件に非該当 4 扶養要件に非該当 5 保険料滞納による非該当 6 市民税世帯課税による非該当
		保険料滞納	
有効期限	世帯収入合計	円	
年 月 日 まで	世帯預貯金等合計	円	