

別記

様式第1号（第5条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

|  |     |      |                  |        |
|--|-----|------|------------------|--------|
| フリガナ   |     |      |                  | 被保険者番号 |
| 被保険者氏名   |     |      |                  |        |
| 住所   | 〒   |      |                  |        |
| 生年月日   | 年   | 月    | 日                | 生電話番号  |
| 利用者負担軽減申請理由  |     |      |                  |        |
|  | 氏名  | 生年月日 | 生計中心者に○をつけてください。 |        |
| 世帯構成   | 世帯主 |      |                  |        |
|  | 世帯員 |      |                  |        |
|  |     |      |                  |        |
|  |     |      |                  |        |
| <p>（あて先）京田辺市長<br/>京田辺市社会福祉法人等利用者負担額軽減事業実施要綱第5条の規定により上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認を申請します。<br/>なお、私の属する世帯に係る市町村民税、資産及び収入に関する調査等を市が行うことについて同意します。</p> <p>年　月　日<br/>　　〒<br/>申請者　　住所<br/>(被保険者)<br/>　　氏名</p> |     |      |                  |        |

市記入欄

|         |            |
|---------|------------|
| 交付年月日   | 備考         |
| 年　月　日   | (世帯の所得状況等) |
| 適用年月日   |            |
| 年　月　日から |            |
| 有効期限    |            |
| 年　月　日まで |            |
| 確認番号    |            |