

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 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。 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 〒 申 請 者 住所 (被 保 険 者) 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	<div>確認番号</div>		
年 月 日から			
有効期限			
年 月 日まで			