

記入例

様式第1号（第4条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減認定申請書  
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

フリガナ	イズモ タロウ		保険者番号		市で確認できるため記入不要
被保険者氏名	出雲 太郎		個人番号		
			被保険者番号	1000123456	
生年月日	明・大(昭)2年 3月 4日		性別	(男)・女	
住所	〒693-0000 出雲市〇〇町〇〇番地		電話番号〇〇-〇〇〇〇		
利用者負担額軽減申請理由	<input type="checkbox"/> 現在の収入では、支払いが困難なため。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給のため。				
	氏名	生年月日	性別	生計中心者に○を付けてください	
世帯構成	世帯主				
	世帯員				
出雲市長 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を申請するとともに、私及び世帯員等の住民税課税状況、収入額、資産額等について、担当職員が確認することに同意します。 令和5年 7月 1日 住所 出雲市〇〇町〇〇番地 申請者 氏名 出雲 太郎 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇					
本人の氏名、住所を記入			電話番号を記入		
備			※昼間連絡が取れる電話番号を記入してください		
年月日					
適用年月日					
年月日					
有効期限					
年月日					

同一生計の方全員を記入