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 | |  | | 保険者番号 | | 322032 | |
| 被保険者氏名 | |  | | 個人番号 | |  | |
| 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 | | 性別 | | 生計中心者に〇を付けてください |
| 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（預貯金・不動産等）及び扶養の有無を担当職員が確認することに同意します。  　　　年　　　月　　　日  　　　　住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　氏名 | | | | | | | |
| 市記入欄 | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 備　　　　考 | | | | | |
| 年　月　日 | |  | | | | | |
| 適用年月日 | |
| 年　月　日 | |
| 有効期限 | |
| 年　月　日 | |