

様式第2号(第7条関係)

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名			確 認 番 号		
			被 保 険 者 番 号		
生 年 月 日		年 月 日生	性 別	男 ・ 女	
住 所		〒 電話番号			
申請をする理由					
		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				
喜多方市長 様 上記のとおり社会福祉法人等による介護保険利用者負担額軽減の対象確認の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(生計中心者の所得状況等を把握)
適 用 年 月 日	
年 月 日 から	
有 効 期 限	
年 月 日 まで	