

様式第2号(第8条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証交付申請書
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号													
				被保険者番号													
生 年 月 日		年 月 日		性 別													
住 所		電話番号 ()															
介護老人福祉施設 の所在地及び 名称(※)																	
		氏 名		生 年 月 日		性別		生計中心者に○を つけて下さい									
世帯 構成	世 帯 主																
	世 帯 員																
(宛先) 志摩市長 上記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認証の交付申請をします。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名																	

※介護老人福祉施設に入所されている方のみ記入してください。

志摩市記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	
適 用 年 月 日	
年 月 日から	
有 効 期 限	
年 月 日まで	