

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認申請書

フリガナ				保険者番号	<input type="text"/>					
被保険者氏名				被保険者番号	<input type="text"/>					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別					
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)									
利用者負担額軽減申請理由										
被保険者	氏名	生年月日	性別	市町村民税課税						
		年 月 日	男・女	有・無						
		年 月 日	男・女	有・無						
		年 月 日	男・女	有・無						
		年 月 日	男・女	有・無						
交野市長 様 前記のとおり利用者負担に係る軽減を申請します。 _____ 年 月 日 申請者 住所 _____ 電話番号 (_____) 氏名 _____										

私の収入等申告額は、裏面記載のとおり、相違ありません。
 なお、利用者負担の軽減のために必要がある場合は、保険者が私及び私の世帯員の所得の状況等について調査することに同意します。

ご署名

※自署でない場合は押印が必要です。

以下は記入しないでください。

決定区分	備 考
決定・却下	〔保険料滞納〕 ※ 収入確認等に係る書類等の写し添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
交付年月日	軽 減 割 合
年 月 日	
適用年月日	
年 月 日	<input type="checkbox"/> 4分の1 <input type="checkbox"/> 2分の1 (利用者負担第1段階)
年 月 日	