

様式第2号（第7条関係）

安曇野市社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

新規申請・更新申請

フリガナ				確認番号	※市記入		
被保険者氏名				被保険者番号			
				生年月日	年 月 日		
住 所		〒					
利用者負担軽減申請理由							
		氏名	生年月日	年間収入額	預貯金額	資産の有無	扶養の有無
世帯構成	世帯主						
	世帯員						
<p>(宛先) 安曇野市長 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認の申請をします。また、上記の申請内容について事実と相違ありません。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名</p>							

安曇野市記入欄

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	人世帯	収入	万円以内
年 月 日 から	課税・非課税	預金	万円以内
有効期限		資産	
年 月 日 まで	代理人氏名		滞納
	代理人本人確認書類	(続き柄: _____)	

(裏)

____年度

同 意 書

安曇野市社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象確認のために、私及び私の世帯員、私の扶養義務者の戸籍及び収入・資産・課税状況について調査することに同意します。

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

申 請 者
(被保険者)

住所

氏名

世 帯 員

氏名

氏名

氏名

氏名

扶養義務者

住所

氏名