

社会福祉法人等利用者負担額軽減対象者確認申請書

（社会福祉法人等による利用者負担額の軽減制度）

フリガナ 被保険者氏名	確認番号											
	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	年 月 日											
住所	() 電話番号 -											
利用者負担額軽減申請理由												
	氏 名		生 年 月 日		生計中心者に○をつけてください。							
世帯構成	世帯主											
	世帯員											
<p>鹿児島市長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者であることの確認をしていただきますよう申請をします。</p> <p>なお、確認に関して、私の世帯について必要な課税資料等を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 (署名又は記名押印)</p>												

市記入欄

交付年月日	市民税世帯情報	審査結果	生活保護基準
年 月 日	課税・非課税	承認・不承認	以上・以下
適用年月日	高齢福祉年金受給	不承認及び理由等	
年 月 日 から	あり・なし	1 年間収入要件に非該当 2 預貯金等要件に非該当 3 資産要件に非該当 4 扶養要件に非該当 5 保険料滞納による非該当 6 その他 ()	
有効期限	備考		
年 月 日 まで			