

起 案	令和 年 月 日			
	課長	補佐	係長	係

**社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
(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	-----	被保険者番号	5	2	9	0	0						
		生年月日											
住所	〒												電話番号
備考	(確認番号) (利用者負担額減額申請理由)												
<p>大島郡喜界町長 様</p> <p>前のお通り社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="center">〒</p> <p align="center">住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p align="center">氏名</p>													

		氏名	生年月日	受給者との関係	生計中心者に○をつけてください。
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

**【喜界町記入欄】**

交付年月日	住民税世帯情報	審査結果
令和 年 月 日	課税 ・ 非課税	承認 ・ 非承認
		確認事項
適用年月日	高齢福祉年金受給	1 年金収入要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
令和 年 月 日 から	あり ・ なし	2 預貯金等要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
有効期限	生保受給	3 活用資産要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
令和 年 月 日 まで	あり ・ なし	4 扶養要件 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		5 保険料滞納なし <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
		6 その他 ( )

