様式第1号(第3条関係)

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書

(離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担減額措置)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 確認番号※ | | |  |
| 被保険者氏名  (軽減対象者名) | |  | | | 被保険者番号※ | | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | 町民税課税の有無 | | | 有　・　無 | |
| 住所 | |  | | | | | | |
|  | | 氏名 | 生年月日 | | | 性別 | 年度の町民税課税の有無 | |
| 世帯構成 | 世帯主 |  | 年　　月　　日 | | |  | 有　・　無 | |
| 世帯員 |  | 年　　月　　日 | | |  | 有　・　無 | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有　・　無 | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有　・　無 | |
|  | 年　　月　　日 | | |  | 有　・　無 | |
| 岩美町長　　　　様  　社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認証の交付を受けたいので、上記のとおり申請します。また、この認定のために必要があるときは、官公署に課税状況について報告を求めることに同意します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　（代筆者：　　　　　　　　（続柄：　　　）） | | | | | | | | |

※印の欄は、町処理欄ですので、申請者の記入は不要です。