

別記第1号様式（その2）

社会福祉法人等利用者負担減免対象確認申請書
 （離島等地域特別地域加算に係る利用者負担の軽減措置）

フリガナ 被保険者氏名		----- 確 認 番 号		離 一	
				被保険者番号	
生 年 月 日		生		性 別	
住 所		電話番号			
利用者負担額 減免申請理由		本 人 非 課 税			
世帯構成		氏 名		生 年 月 日	性別
		世 帯 主			生計中心者に○をつけてください
		世 帯 員			
士幌町長 様 上記のとおり離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象の申請をします。 また、この申請に関して士幌町が必要とするときは、士幌町が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査されることを同意します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					

町記入欄

交付年月日	備考
適用年月日	※ 社会福祉法人等利用者負担減免確認証の有無 有・無
から	
有効期限	
まで	