

社会福祉法人等利用者負担額減額適用確認申請書

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号 ()								
申 請 理 由									
世帯構成	氏 名	生 年 月 日			性 別				
	世帯主	年 月 日			男 ・ 女				
	世帯員	年 月 日			男 ・ 女				
		年 月 日			男 ・ 女				
		年 月 日			男 ・ 女				
特養入所の場合	施設名				居室の種別				
宇治市長 あて 上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額減額の適用を申請します。 令和 年 月 日 住所 〒 申請者 電話番号 () 氏名 印 被保険者との続柄									

※被保険者及び各世帯員の「収入・資産等申告書」の添付が必要です。

市記入欄

受付印	受付者	減額割合	備 考
	適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	