様式第１号（第４条関係）

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		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女
住　　所		電話番号	
利用者負担額軽減理由いずれかに〇	１．市町村民税世帯非課税者であって、年間の世帯の収入が基準額以下である等の要件に該当するため（→別添収入等申告書の提出が必要） ２．生活保護受給者であるため　　（→別添収入等申告書の提出は不要）		

		氏　　名	生年月日	続柄	生計中心者に〇
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

人吉市長　　松岡　隼人　様

上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をします。
なお、要件に関する書類及び申告に間違いありません。
また、上記判定に伴う、人吉市役所税務課における同居世帯の所得調査に関して担当課の職員を代理人と定め権限を授与いたします。

令和　　年　　月　　日

住　所

被保険者

氏　名　　印

人吉市記入欄

交付年月日	適用年月日	有効期限
年　　月　　日	年　　月　　日	年　　月　　日

備　考	