様式第２号（第７条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書（新規申請・更新申請）
（社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置）

フリガナ		確認番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		性　　別	
住　　所	〒		
利用者負担額 軽減申請理由			

世　帯 構　成	氏　　名	生　年　月　日	性　別	生計中心者に○をつけてください

（あて先）　前橋市長

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。

私が助成対象者として該当するか判断するために必要な私、私が属する世帯員及び生計を一にする者全員の情報（収入状況・市民税課税状況など必要な情報）について、介護保険課において、市関係各課に対し照会することに同意します。

申請者（被保険者本人）

令和　　年　　月　　日

住 所

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※書類提出者（記入者）が本人と異なる場合には、下記に氏名及び連絡先を記載してください。

（申請代理人）	住　所： 氏　名：　　本人との関係：（　　） 電話番号：

市記入欄（記入不要）

交付年月日	備　　考
年　月　日	
適用年月日	
年　月　日から 年　月　日	