

堺市社会福祉法人による利用者負担軽減対象確認申請書

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		年 月 日 生	
住 所		郵便番号	
		氏 名	生 年 月 日
		生計中心者に○をつけて ください。	
世帯 構 成	世帯主		
	世帯員		
<p>上記のとおり社会福祉法人による利用者負担の軽減対象の確認を受けたいので、堺市社会福祉法人介護保険利用者負担軽減制度事業実施要綱第8項第1号の規定により、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>堺市長 殿</p> <p>申請者 (申請代理人) 氏 名 (※)</p> <p>住 所</p> <p>電話番号</p> <p>(申請者(申請代理人)が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>			
(代理申請時使用欄)			
<p>上記申請代理人に申請行為を委任します。 本人氏名 (※)</p> <p>(本人が自署しない場合は、記名押印をしてください。)</p>			