書き方見本

第２号様式（第６条関係）

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書　□　新規　☑　更新

更新に☑してください。

令和〇年　〇月　〇〇日

藤 沢 市 長

お手元の「社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認証」の確認番号をご記入してください。※不明の場合は空欄で可

次のとおり申請
申告書のとおり

被保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	確認番号	111
被保険者（申請者）	フリガナ	フジサワ カイゴ	生年月日	明・大・(昭) 〇年〇〇月〇〇日
	氏　名	藤 沢　介 護		
	住　所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 藤沢市朝日町１番地の１	電話番号 0466-〇〇-〇〇〇〇	

来庁者が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

窓口にきた方（※被保険者本人が来庁する場合は、記入不要です。）

氏名　藤沢　給付	電話番号　0466-〇〇-〇〇〇〇
住所　藤沢市朝日町１番地の１	本人との続柄　妻

【市処理欄】

「市処理欄」以下は、記入不要です。

						送付	・　・