離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請書

様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | 確認番号 | |  | | | | | | | | | | | |
|  |
| 被保険者番号 | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  |
| 住所 | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
| **固定文言１**  備　　　　考 | | **固定文言２＋編集１** | | | | | | | | | | | | | | |
| ○○市（町村）長　様  **固定文言３** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前のとおり離島等地域における特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 〒  住所 | | |  | | | | |  | | | | | | | |
| 申請者 |  | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
|  | 氏名 | | |  | | | | |  | | | | | | | |

**自由記載１**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 氏名 | 生年月日 | 受給者との関係 | 生計中心者に○を  つけてください。 |
| 世帯構成 | 世帯主 |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

市町村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 備考 |
| 年　月　日 | （生計中心者の所得状況等を把握） |
| 適用年月日 |
| 年　月　日  から |
| 有効期限 |
| 年　月　日  まで |