

特別地域加算に係る利用者負担額軽減確認申請書（新規）

フリガナ 被保険者氏名		確認番号										
生年月日	年 月 日	被保険者番号										
住所	〒										電話番号	
備考	利用者負担額減額申請理由：町村住民税非課税のため											
<p>木曾広域連合長 様</p> <p>前のとおり特別地域加算に係る利用者負担額の軽減対象を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>												

----- 木曾広域連合 記入欄 -----

交付年月日	備 考
年 月 日から	(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	
	発行