

書き方見本

第2号様式（第6条関係）

申請書を提出する日付を記入してください。

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

令和〇年 〇月 〇〇日

藤沢市長  
社会福祉法人等による利用  
します。また、私及び私の  
です。

あらかじめ印字されている「被保険者番号」「氏名」「生年月日」「住所」を  
ご確認ください、相違する場合には、修正をしてください。  
「フリガナ」「電話番号」を記入してください。

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	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 電話番号 0466-〇〇-〇〇〇〇 藤沢市朝日町1番地の1		
窓口に来た方（※被保険者本人		来庁者が被保険者本人以外の場合は、来庁する方の氏名等をご記入く ださい。		
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。