

第7号様式（第9条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証変更・返還届出書
 （社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度）

年 月 日

川島町長

様

下記のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 確認番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 (被保険者) | 印 | 被保険者番号 | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更等年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出事項 | (番号に○をつけてください) 1 氏名変更 2 住所変更 3 要介護(要支援含む)でなくなった 4 町外転出 5 死亡 6 その他(具体的に記入してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | (旧) | (新) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 軽減確認証を添えてください。