

第6号様式（第8条関係）

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証再交付申請書
（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

下記のとおり社会福祉法人等利用者負担軽減確認証の再交付を申請します。

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 （ ）																						
再交付理由																							

注) 破損又は汚損した場合は、その確認証を添えて提出してください。