

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書
(社会福祉法人等による利用者負担軽減制度)

記入例

(あて先) 仙台市長

下記のとおり社会福祉法人等による利用者負担軽減制度の対象確認申請をします。

		申請年月日	令和2年7月1日	
被保険者	被保険者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	フリガナ	センダイ タロウ		
	氏名	仙台 太郎	生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	〒980-8671 仙台市青葉区国分町3丁目7-1		
		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
減免申請理由	1 市民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 2 生活保護受給者 ③ 世帯の収入見込金額が基準額以下である等の要件に該当する者			

申請内容についてお問合せ
することがありますので必ず
記入してください。

※申請者が本人の場合は、記入不要です。代理の方が申請するときは委任状が必

当てはまるものに○をつけてくだ
さい。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	仙台 一郎	被保険者との関係	
	<input type="checkbox"/> 家族	住所	〒980-8671 仙台市青葉区国分町3丁目7-1		
	<input type="checkbox"/> 代理人		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	

なお、要件確認のために必要な場合は、仙台市が私及び私の世帯員並びに扶養者の状況等について

※4 記入者が被保険者と異なる場合は記入してください。

申請内容についてお問合せする
ことがありますので必ず記入して
ください。

世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	生年月日	転出入
		仙台 太郎	主	〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日
	仙台 花子	妻	〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	年 月 転出・転入
	仙台 一郎	長男	〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	年 月 転出・転入
	仙台 二郎	次男	〇〇	〇〇年〇〇月〇〇日	令和2年5月 転出・転入
				年 月 日	年 月 日
				年 月 日	年 月 日

4月以降に転出・転入した方も合わせ
て世帯員全員を記入してください。

【仙台市処理欄】

保険料納付状況		滞納なし・あり(1年未満・1年以上) / 一部納付 / 納付誓約書		
決定内容案	軽減	左記のとおり(決定・却下)してよろしいか伺います。		收受
適用年月日	年 月 日	課長 係長 係員		
有効期限	年 月 日	決裁欄		

記入不要です